Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2014–2015

25 424 Geestelijke gezondheidszorg

Nr. 266 **VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG**

Vastgesteld 5 maart 2015

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 21 januari 2015 overleg gevoerd met Minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over **GGZ**.
(De volledige agenda is opgenomen aan het einde van het verslag).

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand geredigeerd woordelijk verslag uit.

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Lodders

De griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Teunissen

kst-25424-266
ISSN 0921 - 7371
’s-Gravenhage 2015

Voorzitter: Pia Dijkstra
Griffier: Clemens

Aanwezig zijn zeven leden der Kamer, te weten: Bruins Slot, Pia Dijkstra, Dik-Faber, Ellemeet, Leijten, Tanamal en Van Wijngaarden,

en Minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Aanvang 10:00 uur.

De **voorzitter**: Goedemorgen allemaal. Ik heet iedereen welkom bij het algemeen overleg met de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de geestelijke gezondheidszorg (ggz). We hebben de tijd tot 14.00 uur, inclusief een half uur lunchpauze. We hebben dus tijd om het onderwerp goed te bespreken. Ik weet niet hoeveel sprekers zich nog zullen aansluiten, maar ik wil drie interrupties per fractie toestaan. Die moeten wel kort zijn en kunnen niet minuten, en zelfs geen halve minuut, worden ingeleid. Daarop ben ik ook echt streng. Houd het dus to the point. Ik vraag ook om kort op de interrupties te antwoorden. Aangezien ik zelf deel uitmaak van deze commissie, vraag ik mevrouw Bruins Slot het voorzitterschap over te nemen als ik aan de beurt ben. De heer Van der Staaij laat zich verontschuldigen. Hij moet naar een begrafenis.

Mevrouw **Tanamal** (PvdA): Voorzitter. De afbouw van bedden in de ggz gaat veel sneller dan gepland. De ggz wordt dichter bij huis georganiseerd en wordt daarmee laagdrempeliger. Hierdoor neemt de druk op de basis-ggz toe. Dit mag niet ten koste van de patiënt gaan. De ambulante zorg moet gelijke tred houden met de afbouw van bedden. Meer mensen die psychiatrische zorg nodig hebben, wonen buiten de instelling. Daarom is het belangrijk dat ze snel ambulante zorg ontvangen en dat die zorg goed bereikbaar is voor henzelf en voor anderen. Dat moet voor iedereen helder zijn. Ik vraag de Minister dan ook om te komen met een plan van aanpak waarin wordt uitgewerkt hoe er voldoende basis-ggz-capaciteit en ambulante zorg worden gerealiseerd, zodat niemand tussen wal en schip valt en daardoor de benodigde zorg niet krijgt. Binnen dit plan is het wenselijk met het Landelijk Overleg Versterking Eerstelijnsgezondheidszorg (LOVE) en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) onderzoek te doen naar de manier waarop zorgverzekeraars en -aanbieders slim kunnen inspelen op de toenemende vraag naar basis-ggz-zorg.
Er zijn groepen extra kwetsbare mensen van wie we zeker weten dat het fout kan gaan. Er moet echter een stoornis ontstaan voordat ze hulp krijgen. Volgens het Centrum Seksueel Geweld (CSG) ontwikkelt 47% van de verkrachtingsslachtoffers een posttraumatische stressstoornis (PTSS). Goede zorg, direct na een verkrachting, is essentieel om deze aandoening te voorkomen. Van lhbt'ers (lesbisch, homoseksueel, biseksueel, transseksueel) is bekend dat ze vaker suïcide plegen. De vele duizenden kinderen van verslaafde ouders vormen ook een risicogroep en waarschijnlijk zijn er nog meer risicogroepen. De PvdA ziet graag dat de Minister de groepen met een hoger risico in kaart brengt en haar visie geeft op de zorg voor deze groepen. Wat kan ze doen om te voorkomen dat deze risicogroepen een stoornis ontwikkelen en ze alsnog gebruik moeten maken van de verzekerde zorg, terwijl het eigenlijk al te laat is? Kinderen van ouders met psychische problemen en verslavingsproblemen worden bijvoorbeeld vaak niet gezien. Welke doelstelling heeft de Minister voor de uitvoering van de kindcheck in de ggz? Is een preventief zorgaanbod gegarandeerd?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Mevrouw Tanamal zegt dat we een inventarisatie van de groepen met een hoog risico moeten maken, maar die groepen noemt ze zelf al. Ik heb gehoord dat het probleem van

mensen die seksueel geweld hebben ervaren, juist is dat ze geen goede zorg kunnen krijgen op het moment dat ze psychische klachten hebben. Hoe kijkt mevrouw Tanamal hiertegen aan en welke oplossing ziet zij?

Mevrouw **Tanamal** (PvdA): Wat mevrouw Bruins Slot stelt, is natuurlijk zo. Ik ben echter bang dat er meer kwetsbare groepen zijn dan die ik net heb genoemd. Mensen moeten nu inderdaad eerst een stoornis ontwikkelen, voordat ze de hulp krijgen die ze nodig hebben. Daarom vraag ik de Minister om haar visie op het ondersteunen van deze mensen voordat ze ernstige klachten krijgen. Welke preventief beleid kan hierop ingezet worden en welke ondersteuning, voorafgaand aan zorg?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Die discussie hebben we vorige jaar uitgebreid gevoerd bij de invoering van de basis-ggz. De vraag is nu een andere. De Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen Kinderen, mevrouw Corinne Dettmeijer, geeft aan dat in het nieuwe systeem een groep mensen, slachtoffers van seksueel geweld, tussen wal en schip valt. Ik hoor mevrouw Tanamal zeggen dat dit klopt. Wat moet er dan volgens de PvdA gebeuren?

Mevrouw **Tanamal** (PvdA): Die vraag stelde ik aan de Minister. Ik wil haar visie hierop horen. Wat doen we om dit te voorkomen en mensen te helpen?

Mevrouw **Leijten** (SP): Er is heel veel ggz-zorg uit het basispakket gehaald. Is het probleem niet dat deze doelgroep geen beroep meer kan doen op ggz-zorg, omdat deze niet meer in het basispakket zit?

Mevrouw **Tanamal** (PvdA): Volgens mij heb ik die vraag net beantwoord bij de interruptie van mevrouw Bruins Slot. We zijn ons ervan bewust en we zijn de laatste dagen hierover ook uitgebreid geïnformeerd. Ik wil van de Minister weten wat ze eraan gaat doen om deze groep mensen toch te ondersteunen, zodat ze de zorg krijgen die ze nodig hebben.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik vind dit antwoord een beetje mager. Ik ken de PvdA op dit dossier als steviger. Is het niet goed om het initiatief te nemen om de vergoeding van dit soort zorg onder te brengen in het basispakket? Is het niet beter geen onderzoek te vragen aan de Minister, maar te eisen dat er geen drempels worden opgeworpen en dat de wachttijden voor dit soort zorg verdwijnen?

Mevrouw **Tanamal** (PvdA): Dit wordt een herhaling. Ik heb net al gezegd dat ik de visie van de Minister hierop wil horen. Natuurlijk ben ik me bewust van wat er gebeurt. Daarom vraag ik Minister naar haar visie en hoe we deze mensen kunnen geven wat ze nodig hebben.
De PvdA wil dat de Minister sterker de regie neemt bij de implementatie van richtlijnen in de ggz waardoor suïcide voorkomen moet worden. Deze kaders maken deel uit van de Landelijke agenda suïcidepreventie. Helaas blijft de implementatie achter. Dit vinden we onbegrijpelijk. De richtlijnen dateren uit 2010 en jaarlijks plegen honderden mensen die in de ggz onder behandeling zijn of zijn geweest, suïcide. Urgentie is dus geboden. In veel regio's bestaan geen samenwerkingsafspraken over de overdracht tussen de tweede en de eerste lijn. Ggz-medewerkers en huisartsen kunnen daarom vaak niet tijdig ingrijpen. Ik doe dan ook een beroep op de maatschappelijke verantwoordelijkheid van het veld en de zorgverzekeraars. Als de zorgverzekeraars alleen zorg inkopen bij instellingen waar de richtlijnen zijn ingevoerd, worden de aanbieders gestimuleerd om vaart te maken met de implementatie. Ik zie graag dat de Minister met de zorgverzekeraars bespreekt hoe de implementatie van de richtlijnen en de kaders beter kan worden meegenomen bij de zorginkoop.

Een ander belangrijk punt zijn de wachttijden. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) vindt dat de zorgverzekeraars te weinig doen om wachttijden in de ggz te voorkomen. De zorgverzekeraars stellen vaak een limiet aan het aantal patiënten dat een ggz-aanbieder mag behandelen. Ik roep de ggz-instellingen op om knelpunten op de wachtlijst direct door te geven aan de zorgverzekeraar, ook wanneer ze zelf de Treeknormen overschrijden. De zorgverzekeraar heeft een zorgplicht. Hoe verhoudt deze zich tot het overschrijden van de Treeknormen? Ik verzoek de Minister om de NZa hiernaar te laten kijken en dit probleem op te lossen. De PvdA is bovendien van mening dat ggz-aanbieders en zorgverzekeraars duidelijker moeten vermelden hoelang een wachttijd mag zijn. Hiervoor bestaan regels. Ik vraag de Minister hierover met de ggz-aanbieders en zorgverzekeraars afspraken te maken.
We zijn het eens dat de verzekeraar er voor de patiënt is. Van de verzekerde kan niet worden verwacht dat hij precies weet wat het omzetplafond is, laat staan dat hij weet wanneer het is bereikt. Het argument dat ze een en ander zelf kunnen zien in de polis mag geen trucje worden om patiënten te weren. Ze kunnen het niet zelf zien. Als blijkt dat patiënten niet of niet meer terechtkunnen bij aanbieders van wie de verzekeraar heeft aangegeven dat ze gecontracteerd zijn, moeten de inkoopafspraken worden bijgesteld of moeten aanvullende afspraken worden gemaakt. De patiënt moet de zorg krijgen die hij nodig heeft. Hoe kan worden voorkomen dat patiënten worden afgewezen? Waar kunnen ze klagen? Op welke manier ziet de Minister erop toe dat de mensen de zorg krijgen die ze nodig hebben?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Inzicht in de omzetplafonds en de hoeveelheid zorg die is ingekocht, is voor een patiënt inderdaad heel erg lastig. Hij moet dat wel hebben als hij een verzekering afsluit. Ik heb daarover meer dan twintig vragen gesteld aan de Minister en die zijn inmiddels beantwoord. Wat vond mevrouw Tanamal van de beantwoording van de Minister? Alle vragen die zij nu stelt, heb ik immers al gesteld en de Minister heeft ze al beantwoord.

Mevrouw **Tanamal** (PvdA): Ik wil van de Minister de garantie dat ze iets aan dit probleem doet en dat het voor patiënten helder wordt dat er een plek is waar ze kunnen klagen en worden geholpen. Ik weet dat mevrouw Bruins Slot heel veel vragen heeft gesteld. Dat is heel goed. Dat neemt echter niet weg dat het belangrijk is dat het helder is dat overschrijding van de Treeknormen niet aanvaardbaar is en dat het omzetplafond geen reden kan zijn om patiënten te weren. Dit wil ik hier nog een keer benadrukken.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik ben absoluut blij dat de PvdA dit een belangrijk onderwerp vindt. Ik steun mevrouw Tanamal daarin. De Minister zegt echter feitelijk dat de zorgverzekeraar niet precies hoeft aan te geven hoe hoog het omzetplafond is. Uiteindelijk moet een zorgverzekeraar gewoon bemiddelen. Hoe belangrijk vindt mevrouw Tanamal het dat een verzekerde uiteindelijk naar de zorgaanbieder van zijn of haar keuze kan gaan? Hoe hard is die vrije zorgkeuze?

Mevrouw **Tanamal** (PvdA): Ik wil helder hebben dat het omzetplafond nooit gebruikt mag worden om mensen af te wijzen. Mensen in de ggz hebben vaak al een relatie met zorgaanbieders gehad. Als uit de polis duidelijk blijkt dat er gebruik gemaakt kan worden van een bepaalde zorgaanbieder, mag het zorgplafond of het budgetplafond geen beletsel vormen. Men moet dan gewoon naar de gewenste zorgaanbieder kunnen gaan. Als dit niet kan, moet voor patiënten helder zijn waar ze hun beklag kunnen doen. De Minister moet helder maken wat een patiënt kan doen als hij geconfronteerd wordt met een omzetplafond. Ook wil ik graag

weten wat de mogelijkheden zijn als er bij de ene zorgaanbieder al is ingekocht en het plafond is bereikt is. Mogelijk is er dan nog plek bij een andere zorgaanbieder. Patiënten kunnen dan verwezen worden naar andere plekken. Als ze daarmee akkoord gaan, is dat hun eigen keuze. Als je heel graag naar een speciale aanbieder wil en je je polis daarop hebt gekocht, lijkt het me logisch dat je daarvan ook gebruik kunt maken. Het zorgplafond mag dan geen beletsel zijn.

Mevrouw **Leijten** (SP): We weten dat de omzetplafonds, de budgetplafonds, de inkoopplafonds of hoe je ze ook noemt, wel degelijk een beletsel vormen. We weten dat behandelingen van patiënten gestaakt worden. We weten dat mensen die niet meer in behandeling zijn, niet naar hun vaste behandelaar terug kunnen, omdat er geen geld meer beschikbaar is bij de betreffende aanbieder. Vindt mevrouw Tanamal het terecht dat iemand die ggz nodig heeft, eerst zijn zorgverzekeraar moet bellen om te vragen waar hij terecht kan? Dat is feitelijk nu het geval. Of vindt mevrouw Tanamal dat men moet kunnen kiezen voor iemand met wie men een vertrouwensband heeft?

Mevrouw **Tanamal** (PvdA): Het is nu eenmaal zo geregeld dat men zorg moet halen bij een gecontracteerde aanbieder. Als blijkt dat de gewenste aanbieder niet gecontracteerd is, maakt men daarin zelf andere keuzes. Het gaat mij erom dat een patiënt gebruik moet kunnen maken van de gecontracteerde zorg die een zorgverzekeraar heeft ingekocht, ongeacht of het omzetplafond is bereikt of niet.

Mevrouw **Leijten** (SP): Je kunt er misschien wel gebruik van maken, maar de vraag is natuurlijk wie er dan betaalt. Is de consequentie dat je zelf moet betalen of moet de behandelaar gratis behandelen? Deze vraag heb ik eerder gesteld, evenals mevrouw Bruins Slot, maar mevrouw Tanamal beantwoordt hem weer niet. Vindt de PvdA dat iemand die een vertrouwens- of behandelrelatie heeft met een behandelaar, moet kunnen kiezen voor deze persoon of moet hij eerst de zorgverzekeraar bellen om te vragen of hij naar die behandelaar mag?

Mevrouw **Tanamal** (PvdA): Op het moment dat iemand al in behandeling is bij een zorgaanbieder met wie hij een vertrouwensrelatie heeft, moet die behandeling afgemaakt kunnen worden, ook als de zorgverzekeraar die zorg een jaar later niet heeft ingekocht. Dit lijkt me niet het probleem van de patiënt.
Ik heb twee vragen over de sociale wijkteams. Migrantenjongeren met psychische klachten krijgen niet snel genoeg passende hulp. Dat daardoor gezondheidsschade kan optreden, lijkt me helder. Ziet de Minister een mogelijkheid om de sociale wijkteams hierbij in te zetten om te signaleren en door te verwijzen?
Er bereiken ons berichten dat verzekeraars vergoedingen voor sommige specialistische ggz op rekening van de verzekerden storten zodat deze de nota's kunnen voldoen. Dit levert problemen op, omdat het geld bij mensen in de schuldsanering direct wordt weggehaald door de deurwaarder of omdat het in een groot gat verdwijnt. Hoe kan de Minister ervoor zorgen dat dit niet gebeurt en de zorgaanbieder zijn geld gewoon krijgt overgemaakt van de verzekeraar?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter. Het CDA maakt zich zorgen over het grote aantal veranderingen dat tegelijkertijd in de ggz plaatsvindt. Bij de ggz gaat om echt kwetsbare mensen. Als het niet goed gaat, verdwijnen ze achter hun voordeur en dus uit zicht. Ze komen pas weer in beeld als het te laat is, wanneer ze in een crisis raken. Het is voor iedereen hier aanwezig duidelijk dat het CDA graag had gezien dat de langdurige zorg binnen de ggz in zijn geheel binnen de langdurige zorg was gebleven. Nu

deze zorg voor een deel bij de zorgverzekeraars en de gemeenten terecht is gekomen, moeten we ervoor zorgen dat die goed geregeld is.
Het CDA is voorstander van het meer thuis laten wonen van ggz-cliënten. Dat kan echter alleen als er voldoende zorg in de buurt is. Er is net een rapport van een heel interessant onderzoek van het Trimbos-instituut uitgekomen. Daarin wordt geconcludeerd dat de beddenafbouw veel sneller gaat dan gepland is. De beddenafbouw moet echter hand in hand gaan met goede zorg in de buurt voor mensen met een psychische problematiek. Het CDA krijgt diverse signalen dat deze twee zaken onvoldoende hand in hand gaan. We hebben al eerder benoemd dat er geen draaideurcliënten mogen komen: ze gaan de instelling in; ze komen weer op straat; er komt weer een crisis en ze gaan de instelling weer in. Welke serieuze signalen zijn er? Ten eerste blijkt dat er nog geen goede positionering is van de sociaalpsychiatrische verpleegkundige in de eerste lijn. Mensen met een psychiatrische problematiek hebben vaak een dubbeldiagnose, die zowel verpleging en verzorging, als ook ggz-zorg betreft. Ook de psychische problematiek moet door de verpleegkundige herkend worden. Herkent de Minister dit signaal? Zijn er voldoende sociaalpsychiatrische verpleegkundigen ingekocht?
Ten tweede is er bij de politie een sterke toename van het aantal meldingen van verwarde personen. Dat zijn inmiddels 45.000 meldingen. Bovendien signaleert de Federatie Opvang een toename van het aantal mensen dat zich acuut verward voor onderdak meldt bij laagdrempelige opvangvoorzieningen. De Federatie Opvang geeft aan dat laagdrempelige opvang als de nachtopvang hiervoor niet is toegerust. De oorzaak lijkt te zijn dat passende huisvesting ontbreekt. Is de Minister bereid om met partijen als Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG), Aedes en de brancheverenigingen van cliënten en politie na te gaan of deze analyse klopt, hoeveel mensen het betreft en in welke regio's bepaalde oplossingen moeten komen voor bijvoorbeeld huisvesting?
Ten derde hebben deze kwetsbare mensen vaak geen mantelzorgers of familie die voor hen op deuren kloppen. Ze staan vaak letterlijk alleen. Het is belangrijk om mensen met een psychische problematiek stapje voor stapje weer een dagstructuur te geven. Hiervoor zijn dagbesteding en dagopvang onmisbaar. Af en toe krijgt het CDA signalen dat bijvoorbeeld in Rijnmond en Arnhem een aantal voorzieningen verdwijnen. We kunnen er nog niet echt de vinger opleggen. Heeft de Minister ook dergelijke signalen gekregen? Hoe weegt ze die?
Ten vierde hoorde ik bij een werkbezoek een nieuw begrip waarvan ik schrok, terwijl ik als woordvoerder ggz al vier jaar regelmatig bij ggz-instellingen over de vloer kom. Het nieuwe begrip was «wibo»; dat wil zeggen: weekend in, best out. Er schijnt namelijk een gebrek aan crisisbedden en bedden op recept te zijn. Voor het weekend bekijkt men af en toe welke mensen van degenen die er slecht aan toe zijn, er het beste aan toe zijn. Die stuurt men dan naar huis zodat er ten minste capaciteit is als er in het weekend iets gebeurt. In het weekend is immers de bereikbaarheid van de mensen die normaal hulp verlenen slechter. Dit kan niet de bedoeling zijn. Herkent de Minister deze signalen? Wil ze bij de monitoring actief bekijken hoe het gaat met de crisisplaatsingen? Krijgt ze meer van dergelijke signalen?
Mijn collega van de PvdA sprak al over de wachtlijsten. Uit een meldactie van het Landelijk Platform GGz blijkt dat de wachttijden toenemen, vooral de tijd tussen de intake en de behandeling. Daardoor worden de problemen van mensen met psychische problemen verergerd. Op basis van het rapport van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zegt de Minister dat het wel meevalt met de wachttijden. De cijfers van de NZa zijn echter verouderd, het zijn gemiddelden en bovendien zijn ze vaak onvolledig. De cijfers zeggen bijvoorbeeld niets over de vraag bij welke instellingen of zorgverzekeraars de wachttijden het langst zijn, en of de zorgverzekeraars

wel voldoende zorg hebben ingekocht. We kunnen dus niet zien of de zorgverzekeraars individueel aan hun zorgplicht voldoen. Het CDA wil graag dat de Minister transparant maakt waar de problemen liggen. Tot nu toe betreft het gemiddelden. Het betreft cijfers tot en met medio 2014. De cijfers op de website zijn soms uit 2012. We weten het dus niet goed, terwijl de meldingen bij het Landelijk Platform GGz een ander, ernstiger, beeld laten zien. Graag krijg ik een reactie van de Minister.
Ik rond af. Een heel positieve ontwikkeling binnen de ggz is de inzet van ervaringsdeskundigen in instellingen. Deze hulpverleners ondersteunen vanuit hun eigen ervaring psychische cliënten en helpen ze een stap vooruit. Inmiddels is er ook een goede opleiding voor hen. De financiering is echter niet geregeld. Ziet de Minister een mogelijkheid om ervaringsdeskundigheid bijvoorbeeld als beroep te erkennen of een betaaltitel mogelijk te maken? Kan ze deze goede ontwikkeling verder aanjagen?

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks): Voorzitter. Juist voor de mensen die een beroep doen op de ggz zijn zekerheid van zorg en het vertrouwen in de behandelaar van groot belang. Juist voor deze groep geldt dat het vertrouwen zeer kwetsbaar is. We hadden het er net al even over. Ik hoor graag van de Minister hoe ze garant kan en wil staan voor de continuïteit van de behandeling en daarmee het vertrouwen dat er moet zijn tussen de patiënt en de behandelaar, centraal stelt. Ik maak me zorgen over de onzekerheid die heel veel ggz-patiënten nu ervaren. Hun vertrouwde zorg valt weg, terwijl nog onduidelijk is wat er voor in de plaats komt. Ik denk bijvoorbeeld aan het wegvallen van dagbesteding. Mijn fractie heeft zich bij de behandeling van de decentralisatiewetten ingezet voor de continuïteit van de relatie tussen cliënt en hulpverlener. Op welke manier zet het kabinet zich ervoor in om een wisseling van zorgbehandelaar zo veel mogelijk te voorkomen? Dit geldt speciaal voor de groep jongeren, die met een andere financiering te maken kunnen krijgen als ze 18 zijn geworden.
Voor de kwaliteit van de zorg en de versterking van de positie van de cliënt is het goed dat er gebruik wordt gemaakt van de ervaring van mensen die psychische zorg krijgen of hebben gekregen. Mevrouw Bruins Slot had het hier ook al over. Erkent de Minister dat het goed is om ervaringsdeskundigen een steviger rol te geven in de ggz? Ziet de Minister mogelijkheden om de positie van de ervaringsdeskundige te verstevigen? Ggz-cliënten, die relatief vaak in een financieel kwetsbare positie zitten, krijgen te maken met een stapeling van beleid van zowel binnen als buiten de zorg. Dat betreft niet alleen de gevolgen van de invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) of de Jeugdwet, maar ook de stijgende huurprijs, het afschaffen van de tegemoetkoming voor chronisch zieken en gehandicapten (Wtcg), om maar wat voorbeelden te noemen. Ik maak me zorgen over deze stapeling van maatregelen. Ik vraag me af of een aantal maatregelen niet averechts uitpakken of discriminerend zijn. Ik noem bijvoorbeeld het moeten betalen van een eigen risico wanneer mensen gedwongen zorg krijgen. Daarbij geldt immers dat het geen eigen keuze is om zorg al dan niet af te nemen. Soms blijkt een gedwongen opname achteraf onterecht. Is de Minister bereid om te bekijken of gedwongen zorg uitgesloten kan worden van het eigen risico?
Een ander voorbeeld waarvan de rechtvaardigheid mij ontgaat, is de eigen bijdrage voor de jeugd-ggz. We zullen het hierover morgen in een ander debat ook hebben. Voor de zorg voor jeugdigen met een somatische aandoening geldt geen eigen bijdrage. Is de Minister het met mij eens dat gelijkwaardige zorg, of het nu om geestelijke of somatische zorg gaat, zo veel mogelijk op gelijke wijze behandeld moet worden?
In het bestuurlijk akkoord is terecht afgesproken dat de ggz meer gaat ambulantiseren, dus meer buiten de muren van de instelling gaat plaatsvinden. Helaas blijkt bij veel zorgverzekeraars beddenafbouw een

doel op zich te zijn geworden, zonder dat er in goed overleg met andere partijen is nagedacht over een alternatief voor deze bedden. Een heldere visie op de positie van de ggz-cliënt in de samenleving is een voorwaarde voor een geslaagde ambulantisering. Deze visie ontbreekt. Is de Minister bereid om partijen ertoe aan te zetten om regionaal gezamenlijke plannen te ontwikkelen voor goede laagdrempelige ggz in de buurt? Daar moeten we haast mee maken. Erkent de Minister dat er haast geboden is? In februari-maart beginnen immers de eerste contractonderhandelingen van de zorgverzekeraars en dan zou deze visie er al moeten liggen.
Tot slot wil ik het hebben over de positie van de aanbieders, vooral van de kleinere. De tijd die een aanbieder moet steken in het doorgronden van contracten en eisen van soms wel zeven zorgverzekeraars en tientallen gemeenten kan niet aan zorgverlening worden besteed. Dit nog los van het geld dat ermee gemoeid is. Een en ander moet toch meer te stroomlijnen zijn? Is de Minister bereid om met zorgverzekeraars en -aanbieders te bekijken of er tot meer eenduidigheid in de eisen en contracten kan worden gekomen? Ik hoor bijvoorbeeld dat sommige kleine instellingen terughoudend zijn om tegen de in hun ogen onredelijke eisen van zorgverzekeraars in te gaan uit vrees niet meer gecontracteerd te worden. Hierop krijg ik graag een reactie van de Minister.
Er staan verschillende brieven op de agenda over de financiële positie van de aanbieders. De aanbieders zien zich vaak genoodzaakt een deel van hun financiering bij banken af te sluiten tegen hoge rentes, soms wel 8%. Ik heb begrepen dat deze leningen met hoge rentes het gevolg zijn van een impasse tussen banken en zorgverzekeraars. Om een lang technisch verhaal kort te maken: banken zijn terughoudend met leningen vanwege het onderpand of eigenlijk het gebrek daaraan. Bij faillissement van een aanbieder gaat de boedel naar de zorgverzekeraar. De gevolgen hiervan zijn dus: hoge rente of geen lening, en nog meer uitdagingen voor de aanbieders om hun financiën rond te krijgen. Geld dat bedoeld is voor zorg, komt nu via hoge rentes terecht bij de banken. Is de Minister op de hoogte van dit probleem? Is het mogelijk dat het Ministerie van VWS de Nederlandse Vereniging van Banken (NVB) vraagt om met de zorgverzekeraars nadere afspraken te maken over de gewogen verdeling van rechten? Welke rol ziet de Minister hierbij voor zichzelf?

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Voorzitter. In de ggz zien zorgverleners en cliënten veel veranderingen op zich afkomen. Wat de ChristenUnie betreft kunnen deze veranderingen niet slagen zonder het stigma en de schaamte binnen de ggz te doorbreken. Een zinsnede in het Trimbosrapport van vorig jaar trof me: «Mensen met ernstige en/of chronische psychische aandoeningen verblijven in de samenleving zonder daar echt deel van uit te maken». Het stigma behoort zelfs tot de belangrijkste obstakels die het herstel in de weg staan. Uit het Trimbosrapport blijkt dat de afgelopen periode wat initiatieven zijn genomen. Dit betreft echter relatief kleine activiteiten die het stigma zouden moeten doorbreken. In het rapport staan aanbevelingen voor een meer systematische en meer structurele aanpak. Hoe vertaalt de Minister deze aanbevelingen naar haar beleid? Is ze het met me eens dat er veel meer gedaan kan worden?
Verschillende sprekers voor mij hebben al aandacht gevraagd voor de wachtlijstproblematiek. Zorgverzekeraars willen samen met ggz-instellingen hun verzekerden actiever en doeltreffender ondersteunen bij wachtlijstbemiddeling. Heeft de Minister vertrouwen in deze aanpak? Is ze bereid een en ander te monitoren? Iedereen is het erover eens dat de zorgplicht niet in gevaar mag komen. Uit onderzoek van het Landelijk Platform GGz blijkt dat de wachttijden langer zijn dan uit de marktscan blijkt: de situatie verslechtert zelfs. Is er nog wel tijd om onderzoek te doen? Is er nu geen actie nodig? Ik sluit me aan bij een aantal zinvolle vragen die hierover door de CDA-fractie zijn gesteld.

Deze week ontvingen we de recentste cijfers over de extramuralisering en ambulantisering. De beddenafbouw verloopt sneller dan gedacht. Hoe verklaart de Minister dit? In de cijfers zien we nog niet terug dat de beddenafbouw leidt tot een toename van ambulante zorg, terwijl we dit wel verwachten. Wil de Minister dit monitoren om te voorkomen dat mensen niet de zorg krijgen die ze nodig hebben? Heeft de Minister zicht op de randvoorwaarden die ambulantisering mogelijk maken? Ik denk aan lokale netwerken van bijvoorbeeld woningcorporaties, onderwijs, UWV en de schuldhulpverlening. Moet er niet een tandje bij? Van de Federatie Opvang krijgen we signalen dat een toenemend aantal acuut verwarde mensen zich meldt voor laagdrempelige opvang. De laagdrempelige opvang, zelfs de nachtopvang, is niet toegerust om om te gaan met mensen met ernstige en acute psychiatrische stoornissen. Als deze patiënten niet de juiste zorg kan worden geboden, is dit zeer zorgelijk. Wat kan de Minister hierin betekenen?
Het aantal praktijkondersteuners in de ggz (POH-ggz) neemt toe. Dit is mooi, omdat deze gezondheidszorg dicht bij de mensen wordt georganiseerd. Er is echter nog verbetering nodig in de samenwerking met andere professionals in de zorg zoals eerstelijnspsychologen en de wijkverpleegkundigen. Juist in de wijkteams moet worden samengewerkt, anders ontstaat er een kunstmatige scheiding tussen somatische zorg en de ggz. Dat onderscheid wil de ChristenUnie niet. Hoe wordt er voor aansluiting gezorgd met het wijkteam en tussen de verschillende disciplines?
Ik kom bij de suïcidepreventie. Uit de nieuwste cijfers van het CBS blijkt dat het aantal suïcides in Nederland nog steeds toeneemt. Dat is zorgwekkend. Het omlaag brengen hiervan vraagt een gezamenlijke inspanning van de ggz, 113Online en de overheid. Ik denk dat er op verschillende onderdelen verbetering mogelijk is. Zo zijn de transfermomenten, bijvoorbeeld van de huisarts naar de eerstelijnspsycholoog, risicovol. Onder leiding van het Trimbos-instituut is een ketenzorgdocument opgesteld. Ik heb echter begrepen dat er in de praktijk nog wel een en ander te verbeteren valt. Wat kan de Minister hieraan bijdragen? De gatekeeper-trainingen zijn erg succesvol, maar hebben nog geen brede ingang gevonden. De training is een eenvoudige maar doeltreffende manier om te leren hoe men suïcidaliteit herkent en hoe men mensen naar hulp kan leiden. Wil de Minister samen met de ggz werken aan het verder verspreiden van de gatekeeper-trainingen?
In het algemeen overleg van 4 september heeft de Minister toegezegd te bekijken of de capaciteit van 113Online voldoende is. Ik hoor van 113Online dat het toch nog capaciteitsproblemen heeft. Het mag toch niet zo zijn dat mensen met suïcidale problemen lang in de wacht gezet worden? Welke actie onderneemt de Minister om de bereikbaarheid te garanderen?
Mijn laatste punt betreft De Riethorst, het behandelcentrum voor geestelijke gezondheid voor doven en slechthorenden. Ik heb hierover twee sets schriftelijke vragen ingediend. De laatste set werd ook ondertekend door het CDA en SGP. De Riethorst gaat me na aan het hart. Ik heb begrepen dat de Minister een brief heeft gestuurd aan Pro Persona en dat ze, indien nodig, een bemiddelende rol op zich wil nemen. Ik denk dat dit nodig is, aangezien er tot nu toe één zorgverzekeraar richting De Riethorst heeft gereageerd in de lijn van de aanwijzing van de Minister. Dat is onvoldoende. Ik heb goede hoop dat er voor dit jaar voldoende middelen komen om de afdeling overeind te houden, als de Minister bemiddelt. Maar ook dan is wat de ChristenUnie betreft de ggz-zorg voor doven en slechthorenden onvoldoende geregeld voor de toekomst. Het speelveld in Nederland is erg overzichtelijk. Alleen daarom al kan er geen andere uitkomst zijn dan dat De Riethorst behouden blijft. Graag krijg ik een reactie.

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter. «Zojuist liet Menzis mijn vrouw, bij wie door de huisarts een zware depressie is geconstateerd, weten dat ze op zoek moet naar een nieuwe therapeut. Het budget van de ggz-instelling waar ze eerder behandeld is en waar ze graag weer naar toe zou willen, heeft namelijk geen geld. Menzis wil de zorg daar niet langer vergoeden». Aldus een mailtje van oktober jongstleden. De volgende mail ontving ik van een psychiater die in een grote stad werkt: «De afgelopen tijd moest ik van mijn werkgever de dossiers van patiënten veranderen zodat we hogere diagnose-behandelcombinaties (dbc's) kunnen aanvragen om op die manier het afgelopen jaar quitte te kunnen draaien».
De vraag vandaag is wie er eigenlijk beslist over inhoud en zorg in de ggz. Is dat de zorgverzekeraar, de gemeente of bekijken de artsen en behandelaars samen met de patiënten wat nodig is? Ik heb niet het idee dat dit laatste nog de kern van de ggz is. Op dit moment vindt er een vorm van creatieve destructie plaats die tot zorgchaos in de ggz leidt. Er is niet meer duidelijk welke hoofdbehandelaar voor welke dbc verantwoordelijk is. Iedere zorgverzekeraar heeft andere regels voor het openen van een dbc. Dat leidt ertoe dat patiënten veel vaker hun verhaal moeten doen, omdat ze het intakegesprek met de verkeerde therapeut gehad hebben. Dit alles leidt tot extra bureaucratie. Het leidt niet tot betere, maar tot slechtere zorg. Het leidt ertoe dat patiënten afhaken, omdat ze niet nog een keer hun verhaal willen doen en dat de instellingen dan zonder financiering zitten. Die kunnen namelijk de gevoerde gesprekken niet declareren, omdat de verkeerde hoofdbehandelaar de dbc heeft geopend. Chaos dus. We hebben het dan nog niet gehad over de inkoop en de plafonds. Verschillende woordvoerders hebben hierover al gesproken. De NZa zegt dat de zorgverzekeraar verzaakt bij wachttijden in de ggz. Tegelijkertijd zien we dat voor 2015 minder ggz-zorg is ingekocht. Waar blijven de patiënten dan? Blijven ze thuis, op straat, in crisisopvang? Waar blijven ze? Er zijn minder bedden, maar er worden meer intramurale dbc's geopend. Er is dus een kortere behandeltijd. Wie heeft besloten tot kortere behandeltijden? Leiden die niet tot draaideurpatiënten? Ik wil hiervan wel een analyse. Zien we vaker mensen terugkeren, omdat ze te kort behandeld zijn? Wie beslist over de lengte van de behandeling? Ik hoor ook van ggz-instellingen dat de zorgverzekeraar zegt: u hebt wachtlijsten; verkort uw behandeltijd maar, dan kunt u uw wachtlijsten inlopen. Wat is dan leidend?
Toen de ggz en het bedrag dat we macro daaraan besteedden, groeiden, zei de Minister dat er ingegrepen moest worden. Er kwam een beddenreductie en de zorgverzekeraar was aan zet. Het lijkt te werken: de kosten van de ggz dalen. Maar tegen welke prijs? Wat gebeurt er met de patiënten? Moeten we ook niet aan de noodrem trekken als er gigantische wachtlijsten zijn en de Treeknormen overschreden worden bij 30% tot 45% van de instellingen? Ik wil graag weten wat het gevolg is van de snelle beddenreductie. We krijgen cijfers op papier, maar we lezen tegelijkertijd in het ZN-rapport over de verslavingszorg dat ZN eigenlijk geen uitspraken wil doen over de inzet en gevolgen van de beddenreductie, omdat er geen visie en geen plan achter zitten. De beddenreductie kan echter wel degelijk leiden tot meer crisissituaties. Ik heb in het algemeen overleg over de verslavingszorg al aan de Staatssecretaris gevraagd wat we doen met verslaafde jongeren. Wanneer die eindelijk bij de huisarts aangeven dat ze opgenomen willen worden en wat aan hun verslaving willen doen, krijgen ze vervolgens van de ggz-instelling te horen dat er geen plek is. Ze gaan op straat zwerven, zijn twee dagen later onvindbaar en willen vervolgens niet meer opgenomen worden. Dat kan toch niet? De moeder van een van deze jongeren – 21 jaar, dus nog wel een jongere – belde de zorgverzekeraar en kreeg te horen dat deze niet aan wachtlijstbemiddeling voor de ggz deed. Gisteren ontvingen we een briefje van ZN met de mededeling dat ze dit wel gaan doen. Waarom deden ze dit niet eerder? Waarom kijkt de Minister daar niet naar?

Ik heb een vraag over de uitspraak van de Minister over de kapot gefuseerde sector. Die deed ze tijdens het debat in het kader van de begrotingsbehandeling. Ze zei dat er geen sector zo kapot is gefuseerd als die van de ggz. Wat gaat ze er daadwerkelijk aan doen? Wat vindt ze ervan dat bijvoorbeeld een failliete instelling zoals de Riagg Rijnmond overgenomen wordt door de grootste instelling die we hebben? Vindt ze dit wenselijk? Wat gebeurt er overigens met de patiëntendossiers? Is de continuïteit van de zorg gewaarborgd? Is de inspectie erbij betrokken?
Tot slot, wie beslist over de inhoud van de zorg? Wie beslist welke screeningsinstrumenten gebruikt moeten worden op basis waarvan mensen doorverwezen moeten worden? Wie beslist op welke wijze er geëvalueerd wordt? Er is veel kritiek op het screeningsinstrument dat huisartsen moeten gebruiken, de Routine Outcome Monitoring (ROM). Toch blijven de zorgverzekeraars daarop inzetten. Kan de Minister de inhoudelijke discussie met het veld aangaan en wil zij zich niet verschuilen achter de zorgverzekeraars?

De heer **Van Wijngaarden** (VVD): Voorzitter. Mensen met een psychische stoornis willen vaak de dingen die de meeste mensen willen. Ze willen liever betaald werk dan medicatie. Ze willen liever een eigen huis dan beschermd wonen. Ze willen liever hun kinderen altijd bij zich hebben dan een omgangsregeling. Ze willen zelf verantwoordelijkheid dragen voor hun leven. Een goede ggz kan dit ideaal bereikbaar maken. Voor sommige mensen is meer regie over het eigen leven, tijdelijk of langdurig, niet weggelegd. Die mensen hebben hulp nodig. Ook wij kunnen op bepaalde momenten in ons leven hulp nodig hebben. De VVD steunt de gedachte dat we die hulp, als het even kan, in onze omgeving zoeken, bij buren, vrienden of familie. Het gaat ons erom dat je zorgt voor jezelf en omkijkt naar elkaar. Als deze twee dingen onverhoopt niet realistisch zijn, hebben we een ggz nodig die ervoor zorgt dat mensen de zorg krijgen die ze nodig hebben, of dit nu is bij een gespecialiseerde psychiater of de POH-ggz. Ik heb de afkorting niet verzonnen.
De hoeveelheid mensen met een behoefte aan psychische zorg is weliswaar licht toegenomen, maar zeker niet verdubbeld. De uitgaven aan psychologen, psychiaters en pillen zijn echter in tien jaar tijd wel ruimschoots verdubbeld tot 6,14 miljard euro. Er moest dus iets gebeuren, net als in de rest van de zorg. Internationaal gezien is de Nederlandse ggz best duur. Het door de Minister gesloten bestuurlijk akkoord beperkt de uitgavengroei tot 1,5% in 2014 en 1% in de jaren daarna. We geven jaarlijks dus nog steeds meer uit aan de ggz. Als premiebetalers willen we dat dit geld goed besteed wordt. Nog geen tien jaar geleden was er zo weinig zicht en grip op de ggz dat homoseksualiteit uit publieke middelen werd «behandeld» via de organisatie Europsyche.
De verandering die de ggz in de tussentijd heeft doorgemaakt, is groot en verdient complimenten. De HSK groep is bijvoorbeeld een instelling zonder wachtlijsten voor ggz-zorg en met heldere behandelmethoden en resultaten. Zoals bij iedere overgang zijn er ook overgangs- en aanpassingsproblemen bij een deel van de ggz.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik krijg graag een nadere toelichting op de opmerking dat een deel van de ggz kampt met aanpassingsproblemen. Is de analyse van de VVD dat de schuld van alle problemen die voortkomen uit de huidige veranderingen, bij voorbaat bij de zorgaanbieders en zorgverleners ligt? Hoeft er niet gekeken te worden naar een goede samenwerking met de zorgverzekeraars?

De heer **Van Wijngaarden** (VVD): Nee, die indruk wil ik met de grootst mogelijke kracht wegnemen. De wachtlijsten zijn al vaak aan de orde geweest. Het gaat mij om iets anders. Bij de HSK groep, een grote organisatie met een breed zorgaanbod en meer dan 1.000 medewerkers,

stopt men bijvoorbeeld met vergaderen op het moment dat in een bepaalde regio een wachtlijst dreigt te ontstaan. Dan stappen er mensen in de auto en gaan ze ernaar toe. Ze passen op dat moment hun gehele werkwijze aan. Het resultaat is dat ze al jarenlang geen wachtlijsten hebben. Andere grote ggz-organisaties gaan nu bij HSK te rade en kijken hoe men het daar het aanpakt. Een en ander heeft dus ook te maken met het kijken naar jezelf en je eigen werkwijze. Daar pleit ik voor. Daarmee zeg ik niet dat andere partijen, waaronder de zorgverzekeraars, niet naar zichzelf moeten kijken.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Het is heel prettig dat de heer Van Wijngaarden de indruk die hij door zijn inbreng gaf, wegneemt. Het valt me op dat de zorgaanbieders een grote bereidwilligheid tonen om de problemen rond de wachtlijsten op te lossen. Ik heb dat bijvoorbeeld onlangs in het programma Kassa gezien waar een aantal «klassieke» zorgaanbieders aanwezig waren. Volgens mij komen we alleen tot een oplossing als we beter inzicht krijgen in de oorzaak van de wachtlijsten. Is die regionaal? Heeft die te maken met inkoop? Heeft het te maken met bepaalde zorgverzekeraars? Vindt de heer Van Wijngaarden ook dat er beter gekeken moet worden naar de mogelijke oorzaken van de toename van de wachtlijsten in bepaalde sectoren van de ggz?

De heer **Van Wijngaarden** (VVD): Zoals ik net al aangaf, is de sector daarmee al volop bezig. Ik vond het juist zo positief om tijdens de werkbezoeken, voorafgaand aan dit algemeen overleg, te ontdekken dat grote ggz-aanbieders te rade gaan bij een organisatie als de HSK groep, die al jarenlang geen wachtlijsten heeft, wat met flexibele roostering te maken heeft. Ik vind het buitengewoon te prijzen en ik zie heel goede ontwikkelingen. Ik denk dat het zorgveld dit het beste zelf kan doen.
Ik noem drie punten van zorg. Ten eerste: we krijgen van alle kanten informatie dat de digitale informatie-uitwisseling tussen de ggz en andere zorgverleners achterloopt op de rest van de zorg. Kan de Minister dit bevestigen? Zo ja, wat is de oorzaak van deze achterstand? Hoe groot en zorgwekkend is deze achterstand? Welke inspanningen getroost de Minister zich om deze weg te werken?
Ten tweede: wat kan en wil de Minister doen om de sector aan te sporen om meer werk te maken van de ontwikkeling van richtlijnen? Daarin loopt de sector echt achter.
Ten derde: de antidepressiva. Antidepressiva kunnen nuttig en zelfs levensreddend zijn. Ruim 900.000 mensen gebruiken deze en hebben er baat bij. De veelgebruikte SSRI's (selective serotonin reuptake inhibitor) zijn echter, net als het bekende valium, verslavend en hebben vervelende bijwerkingen die de kwaliteit van leven niet alleen positief beïnvloeden. Langdurig gebruik van deze medicatie moet eigenlijk gepaard gaan met een evaluatie door een huisarts of psychiater. De patiënt kan dan samen met zijn huisarts stilstaan bij de vraag of er alternatieven zijn voor de medicatie en of het wenselijk is deze uit te proberen. Uit de bevindingen van het Trimbos-instituut blijkt dat dit te weinig door de huisarts gedaan wordt en dat er in de depressiezorg een kloof tussen werkelijke en wenselijke zorg bestaat. Het is tijd voor een verbeterslag. Is de Minister bereid om de huisartsen via bijvoorbeeld het NHG te verzoeken aan de slag te gaan met de aanbevelingen uit het rapport van het Trimbos-instituut?

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik vind het opmerkelijk dat de VVD met geen woord rept over de problemen met het inkoopbeleid en de wachtlijsten, door de opstelling van de zorgverzekeraars. Ziet de VVD-fractie dat er een probleem is bij de zorgverzekeraars die via de inkoop de sector dwingen tot een snellere beddenafbouw en door middel van inkoopplafonds eisen

dat behandelingen worden gestaakt of niet worden aangegaan? Wat vindt de VVD daarvan?

De heer **Van Wijngaarden** (VVD): Ik vind het opmerkelijk dat mevrouw Leijten het opmerkelijk vindt dat ik het niet over wachtlijsten heb gehad. Ik ben daar net tamelijk uitgebreid op ingegaan. De rest van de vragen wil ik uiteraard wel beantwoorden. Op dit moment gaan er dingen goed en zijn er dingen waarover ik me zorgen maak. Wat goed gaat is dat de zorgvoorzieningen wel degelijk bij elkaar te rade gaan en vragen naar de werkwijze waarmee men voorkomt dat er wachtlijsten ontstaan. Ik vind het ook positief dat ZN heeft laten weten dat het veel meer werk wil maken van wachtlijstbemiddeling en dat het transparant wil maken hoe men zorg inkoopt. Deze zorgpunten, die vandaag aan de orde komen, zijn namelijk heel terecht. Het moet voor mensen duidelijk zijn hoe een verzekeraar zorg inkoopt en op basis van welke criteria. Het moet duidelijk zijn wat de zorgverzekeraar aan wachtlijstbemiddeling doet en waar men daarvoor terecht kan. Hierin heeft de verzekeraar zeker een rol en daarop moeten we hem durven aanspreken. Dat doen we hier vandaag ook. Ik vind het positief dat ZN een en ander gisteren heeft erkend. Wat mij betreft gaan we ZN hier ook aan houden. Dit jaar is het jaar van de transparantie en dit biedt ook een aanknopingspunt.

Mevrouw **Leijten** (SP): Het feit dat we gisteravond laat een briefje hebben ontvangen met de voornemens van ZN, waarin stond dat het aan wachtlijstbemiddeling gaat doen en transparant wordt, heeft er alleen maar mee te maken dat er ontzettend veel aan de hand is. ZN wist dat er vandaag een algemeen overleg zou zijn waarin een behoorlijk aantal partijen kritisch zou zijn onder andere op de rol van de Minister en de zorgverzekeraars om iets te doen aan de wachtlijsten en de inkoop. Ik heb er dus niet zo veel vertrouwen in. In het verleden hebben de zorgverzekeraars immers hun kop in het zand gestoken en tegen mensen gezegd dat ze geen behandeling mochten aangaan met de behandelaar van hun keuze. Ik gaf net een voorbeeld en dat is niet het enige voorbeeld dat ik heb. Erkent de VVD dat er door de strakke inkoop van de zorgverzekeraars op geld en niet op inhoud, wachtlijsten ontstaan? Erkent de VVD dat er een te snelle afbouw van bedden is, wat leidt tot inhoudelijke problemen bij de behandeling van mensen?

De heer **Van Wijngaarden** (VVD): Het is veel te kort door de bocht om dit allemaal bij de zorgverzekeraar neer te leggen. Ik ben ook niet cynisch over het briefje van ZN. Ik vind het een belangrijk signaal. Ik heb net geprobeerd om ook mevrouw Leijten een beetje blij te maken door op dit punt een kritische noot te kraken in de richting van de verzekeraars. Als we zeggen dat we hen eraan gaan houden, doen we dat ook. We zeggen het niet voor niets. Wat betreft de beddenafbouw: internationaal gezien hadden we altijd erg veel bedden. Dat speelt mee. Ook hierbij zitten we in een veranderingsproces. Het is eenzijdig om het alleen bij de verzekeraars neer te leggen.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks): Bedoelt de heer Van Wijngaarden dat de kosten te hoog zijn en dat we de beddenafbouw moeten doorzetten, ongeacht de vraag of we een goed alternatief hebben? Is het juist niet heel belangrijk om ervoor te zorgen dat er een goed en breed gedragen alternatief voor ambulante zorg is wanneer we de bedden afbouwen? Geeft de heer Van Wijngaarden toe dat het tempo hierbij veel te hoog ligt? Geeft hij toe dat er patiënten op straat komen te staan voor wie geen goed alternatief is, waardoor ze nog kwetsbaarder worden en de samenleving nog veel meer kosten? Moeten niet juist de zorgverzekeraars nu een pas op de plaats maken, het tempo matigen en ervoor zorgen dat ze een

bijdrage leveren aan de breed gedragen visie voor een alternatief van de beddenafbouw?

De heer **Van Wijngaarden** (VVD): Nederland heeft een kwaliteit van gezondheidszorg waarnaar in de rest van de wereld met bewondering wordt gekeken. Ik stoor me er mateloos aan als er een ontzettend dramatisch beeld van een zorg zonder alternatieven wordt geschetst. Mevrouw Ellemeet vraagt naar alternatieven. Ik ben afgelopen vrijdag op bezoek geweest bij een huisartsenpraktijk, bij een POH-ggz. Het is fantastisch wat er gebeurt. Het is een heel laagdrempelig zorgaanbod voor de ggz in de wijk zonder dat men meteen het stempel krijgt dat men naar een psycholoog moet. Dat stigma is gewoon drempelverhogend. Er zijn dus wel degelijk alternatieven. Natuurlijk is POH-ggz laagdrempelig en geen alternatief voor iemand die een bed nodig heeft. Dat begrijp ik ook. Door het laagdrempelige aanbod wordt wel voorkomen dat het van kwaad tot erger gaat en dat mensen uiteindelijk een bed nodig hebben. Laten we alstublieft niet doen alsof we in Nederland een soort derdewereldgezondheidszorg hebben waarin mensen geen alternatieven hebben. Het is gezondheidszorg waarop we trots mogen zijn.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks): Was het maar waar dat we hier een dramatisch beeld schetsen dat niet op feiten berust. Het Trimbos-instituut heeft de feiten laten spreken. De feiten geven aan dat de beddenafbouw te snel verloopt waardoor veel kwetsbare patiënten in de knel komen. GroenLinks is ook voor het ambulantiseren van de ggz, voor zover dat mogelijk is. Het moet echter wel op een verantwoorde manier gebeuren. Het Trimbos-instituut geeft aan dat dit nu niet het geval is. De verzekeraars moeten dus tot de orde geroepen worden om ervoor te zorgen dat de betreffende patiënten de zorg krijgen die ze nodig hebben. Is de heer Van Wijngaarden dit met mij eens?

De heer **Van Wijngaarden** (VVD): Nee, ik vind het te kort door de bocht.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Ik wil nog even op dit punt voortborduren. Afgelopen week hebben we de jongste cijfers gekregen. We gaan met elkaar aan de slag met extramuralisering. De beddenafbouw gaat sneller dan verwacht. Daarover is voldoende gesproken. Je zou verwachten dat de extramurale zorg toeneemt als je aan de slag gaat met de beddenafbouw. Dat is echter niet het geval. De beddenafbouw zou hand in hand moeten gaan met de ambulantisering. Dat is echter niet aan de orde. Hoe verklaart de VVD dit?

De heer **Van Wijngaarden** (VVD): Er is een bestuurlijk akkoord gesloten dat loopt van 2014 tot 2017. Een belangrijk deel van de oplossing voor het probleem dat mevrouw Dik-Faber aansnijdt, is om de uitvoering van dit akkoord de tijd te geven. We moeten geduld betrachten en het akkoord de kans geven om vruchten af te werpen.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Er is inderdaad een akkoord, maar de beddenafbouw gaat veel sneller dan we hebben afgesproken. De beddenafbouw gaat niet hand in hand met de vermeerdering van de ambulante zorg die je zou verwachten. Baart dit punt de VVD-fractie geen zorgen? Moeten we niet veel meer inzetten op de randvoorwaarden, de lokale netwerken van het UWV, onderwijs, schuldhulpverlening en woningcorporaties? Ik heb echt het idee dat mensen uit beeld verdwijnen en op lokaal niveau niet de zorg krijgen die ze nodig hebben. Is de VVD daar helemaal blind voor?

De heer **Van Wijngaarden** (VVD): Ik heb al gezegd dat ook verzekeraars een verbeterslag moeten maken met betrekking tot bemiddeling. Ze

hebben de plicht om voldoende zorg in te kopen. Ze moeten ervoor zorgen dat mensen hun zorgrecht kunnen halen en daarbij zie ik een bemiddelende rol voor hen. Ik heb heel duidelijk gezegd dat daarin een verbeterslag te maken is door te bekijken hoe ze een en ander doen en wat de prestaties zijn. We hebben het steeds over benchmarken van zorgverleners. Daarvan worden de zorgverleners af en toe helemaal gek. Het is goed om verzekeraars scherper de maat te nemen op het punt van hun prestaties. Ik hoop dat we dit soort parameters en cijfers ook hier kunnen bespreken. Die kunnen we dan combineren met de beddenproblematiek die mevrouw Dik-Faber aansneed.

Voorzitter: Bruins Slot

De **voorzitter**: Mevrouw Leijten mag geen interrupties meer plaatsen. Dat geldt ook voor mij. Mevrouw Dijkstra kan dus nog tien interrupties verwachten.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Voorzitter. Bij lichamelijke klachten of ziekten is aanwijsbaar waar de pijn zit. Bij psychische klachten is dat veel minder duidelijk. Dit leidt tot onbekendheid, ongemak en onbegrip. De Minister heeft in september vorig jaar een congres georganiseerd over het destigmatiseren van psychische aandoeningen. Ik hoor graag van haar welke beleidsmaatregelen daaruit zijn voortgevloeid. Ik zeg dit niet zomaar. De Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO), de economische denktank van de geïndustrialiseerde landen, schrijft dat de maatschappelijke kosten van psychische klachten in ons land 20 miljard euro bedragen. Ik ben blij met de acties die het kabinet onderneemt om psychische aandoeningen op de werkvloer bespreekbaar te maken en maatregelen te treffen om stigmatisering te voorkomen. Wat zijn de concrete doelstellingen van de Minister? Wil ze bijvoorbeeld als kabinetsambitie uitspreken dat het aantal mensen met ernstige of matige psychische klachten dat zich ziek meldt, over vijf jaar op het OESO-gemiddelde ligt?
We hebben het verschillende keren gehad over het vermelden van de zorgzwaarte-indicator op de declaratie. Onder andere het College bescherming persoonsgegevens (CBP) had hierbij grote bedenkingen uit privacy-oogpunt. D66 is dan ook blij dat de Minister in het alternatief van de sector aanknopingspunten ziet en daarom de indicator opschort. Hoe ziet het alternatief van de sector eruit? Brengt het CBP hierover advies uit? Begrijp ik goed dat het alternatieve voorstel vanaf 2016 operationeel is, maar dat de zorg over 2014 en 2015 pas volgend jaar zal worden afgerekend? Dit laatste vraag ik omdat we niet meer problemen willen met jaarrekeningen van ggz-instellingen. Bij de oplossing van problemen uit het verleden doet de Minister een beroep op zelfcontrole en zelfonderzoek, zoals we dat gezien hebben bij de ziekenhuizen. Ook nu krijg ik een beetje het ongemakkelijke gevoel dat de slager zijn eigen vlees keurt. Ik hoor graag een reactie van de Minister.
Aan de orde is al geweest dat sinds een aantal jaren in de ggz-sector een beweging gaande is om mensen minder snel op te nemen en meer in hun eigen omgeving te helpen. We zien ook dat het aantal bedden afneemt. Wat vindt de Minister van het tempo waarin dit gebeurt? Als deze beweging wil slagen, is het belangrijk dat er voldoende ambulante capaciteit van voldoende kwaliteit is. Ik hoor uiteraard ook de geluiden uit de verschillende grote steden. Er zijn meer verwarde mensen op straat. De vraag naar nachtopvang neemt toe, ook van mensen met ernstige psychiatrische problemen voor wie de nachtopvang niet bedoeld is en voor wie de juiste expertise ontbreekt. Welke maatregelen zijn er volgens de Minister nodig? Staat de groep ggz-cliënten op het netvlies van de werkgroep Langer zelfstandig wonen van Minister Blok?

De wachttijden binnen de ggz zijn al aan de orde geweest. Ik zal dus kort zijn. De wachttijden lopen op en zijn soms onaanvaardbaar lang. Wat gaat de Minister hieraan doen? De NZa wil dat de zorgverzekeraars en zorgaanbieders mensen informeren over alternatieven. Net werd de brief van ZN al gememoreerd. Wat vindt de Minister hiervan en denkt ze dat dit voldoende is?
De onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en vrijgevestigde psychologen verlopen moeizaam.

De heer **Van Wijngaarden** (VVD): Mevrouw Dijkstra vroeg aan de Minister hoe ze aankijkt tegen de brief van ZN en de bemiddelende rol van verzekeraars. Hoe kijkt D66 hiertegen aan?

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Ik memoreerde die brief net. Het is goed dat die er is. Ik hoop dat het wat oplevert. Ik wil ook graag de mening van de Minister over die brief weten. Overigens kan ik aansluiten bij de woorden van de heer Van Wijngaarden. Ik ben niet meteen somber over het feit dat zo'n brief aan de vooravond van een algemeen overleg komt. Dat geeft namelijk wel aan dat we kennelijk invloed hebben door er hier over te spreken.

De heer **Van Wijngaarden** (VVD): Daarmee is mijn vraag beantwoord.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Ik had het over zorgverzekeraars en vrijgevestigde psychologen. We zeggen altijd dat selecteren op kwaliteit de rol van de verzekeraars is. Die kwaliteit moet dan natuurlijk wel inzichtelijk zijn, zodat er sprake kan zijn van een goede inhoudelijke dialoog tussen zorgverzekeraars en zorgverleners. Hoe bevordert de Minister dit? Ik heb al horen noemen: richtlijnen en ontwikkeling. Wat vindt de Minister hiervan?

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks): Mevrouw Dijkstra merkt terecht op dat de onderhandelingen tussen de zorgverzekeraars en de vrijgevestigde psychologen moeizaam verlopen. Dat kan te maken hebben met gebrek aan inzicht in de kwaliteit. Het heeft ook te maken met de zwakke onderhandelingspositie van de vrijgevestigde psychologen tegenover de zorgverzekeraars. Welke verbeteringen voor de onderhandelingspositie van de vrijgevestigde psychologen stelt mevrouw Dijkstra voor?

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Het punt dat mevrouw Ellemeet aandraagt, zien we terug in allerlei sectoren. We hebben het bij de huisartsen gezien. We zien het bij de fysiotherapeuten en apothekers. We zien het dus ook bij de vrijgevestigde psychologen. Het is belangrijk dat we met elkaar hiernaar kijken, maar ik heb hiervoor niet een-op-een de oplossing. Het is belangrijk dat de beroepsgroep meer gelegenheid krijgt om te laten zien wat ze kan bieden, waarom ze gecontracteerd moet worden en op welke normen. Daarom is de richtlijnontwikkeling zo belangrijk. Als men kan aantonen dat men zich aan de richtlijn houdt, dient de zorgverzekeraar dat serieus te nemen.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks): Ik deel het belang van de ontwikkeling van de richtlijnen. Ik hoor mevrouw Dijkstra nog te weinig expliciet benoemen dat het voor vrijgevestigden nu niet mogelijk is om in positie te komen tegenover de zorgverzekeraars, omdat de Autoriteit Consument & Markt (ACM) dat niet toestaat. Is mevrouw Dijkstra het met me eens dat de mededingingsregels moeten worden aangepast, zodat de groep individuele beroepsbeoefenaars de kans krijgt om een gelijkwaardige onderhandelingspositie in te nemen?

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Ik hoor graag van de Minister op welke manier dat precies moet gebeuren en hoe ze erover denkt. Wat mij betreft is het zeker aan de orde.
Voorzitter. Ik had het over de brandbrief van de beroepsgroepen over het voorstel van het Zorginstituut Nederland. De beroepsgroepen schrijven dat straks 100.000 patiënten geen zorg meer vergoed dreigen te krijgen, doordat bepaalde moeilijk te categoriseren geestelijke aandoeningen uit het verzekeringspakket worden gehaald. Neemt de Minister het advies van het Zorginstituut over? Is ze al zover? Wil ze toezeggen dat ze eerst hierover met de beroepsgroepen in overleg gaat?
Ik sluit me aan bij de opmerkingen van de woordvoerder van de ChristenUnie over de doventolken. Dat is zeker een punt van aandacht. Door de problemen met de bekostiging dreigen de doventolkenorganisaties om te vallen. Mijn fractie vindt het belangrijk dat goede zorg voor deze heel specifieke doelgroep toegankelijk blijft. De doelgroep is heel klein en het gaat dus niet om heel veel geld. Deze groep mag niet de dupe worden van de problemen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars, omdat deze laatsten geen max-maxvergoeding willen geven. De Minister heeft zelf verwezen naar de verzekeraars voor een oplossing. Ziet de Minister ook een mogelijkheid om ruimte te geven in de dbc's?

Voorzitter: Pia Dijkstra

De **voorzitter**: Het voornemen was om een lunchpauze te houden tussen de eerste termijn van de Kamer en de beantwoording van de Minister. We slaan dan namelijk twee vliegen in één klap. Het is echter nog wel heel erg vroeg. We schorsen nu een kwartier. Daarna kan de Minister haar antwoorden geven. Wellicht kunnen we dan na de eerste termijn van de Minister lunchen of we gaan gewoon door tot 14.00 uur, omdat we goed ontbeten hebben.

De vergadering wordt van 11.05 uur tot 11.20 uur geschorst.

Minister **Schippers**: Voorzitter. Ik heb een veel diverser beeld van de huidige situatie dan dat een aantal van de leden heeft geschetst. Ik zie positieve ontwikkelingen. Ik zie echter ook stagnatie, dus het is geen tijd om achterover te leunen. De ggz is een grote sector met 1,4 miljoen patiënten per jaar en een budget van bijna 6 miljard euro. De cijfers geven aan dat er jaar na jaar meer geld wordt uitgegeven aan de ggz. In deze sector werken veel bevlogen mensen die het beste voor hebben met de patiënten. Er is grote winst te behalen als we meer mensen weten te helpen door preventie, zorg dichtbij huis of ambulante zorg. Dat geeft kwaliteitswinst, winst voor de patiënt want het voorkomt een hoop ellende, en kostenwinst. We denken dat het mogelijk is.
Er zijn twee hoofdlijnenakkoorden met de sector gesloten. In het eerste hoofdlijnenakkoord werden met name de hoofdlijnen van de veranderingen geschetst: van klinisch naar ambulant en van gespecialiseerd naar basis. Hierdoor werd een duurzamer groeipad gerealiseerd met behoud of zelfs toename van kwaliteit en effectiviteit. Het tweede akkoord werd ingegeven door een nieuwe financiële opgave vanwege de crisis. Zoals bekend moest de gezondheidszorg 1 miljard inleveren. In dit nieuwe akkoord werden de hoofdlijnen nader ingevuld met verdere afspraken over kwaliteit en transparantie en een verdere beperking van de groei conform de demografische ontwikkelingen en conform de medisch-specialistische zorg.
Het eerste akkoord is tweeënhalf jaar oud, het tweede anderhalf jaar. In deze periode is er in positieve zin van alles gebeurd. Er is meer geld gekomen voor de POH-ggz. Die functie kan flexibeler ingevuld worden. De POH-ggz heeft een enorme vlucht genomen; 70% van de huisartsen heeft een POH-ggz en dat is zeer positief. De generalistische basis-ggz is

geïntroduceerd. In de gespecialiseerde ggz is sprake van prestatiebekostiging. Er is een netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz, waarin zorgstandaarden worden ontwikkeld. Programma's voor destigmatisering en zelfmanagement worden uitgevoerd. Er is een commissie aan de slag die adviseert over het hoofdbehandelaarschap.

Er zijn nog wat knelpunten bij het hoofdbehandelaarschap. Er is bekeken op welke manier het ingevuld moet worden. Vervolgens werd mij voorgesteld om het vrij nauw in te vullen. Dat vond ik jammer, omdat veel verschillende groepen in de ggz het hoofdbehandelaarschap op zich zouden kunnen nemen en op een goede manier zouden kunnen vervullen. Om die uit te sluiten op grond van het advies dat ik destijds heb gekregen, vond ik voorbarig. Ik heb toen besloten de invulling nog niet te vernauwen, maar breed te houden en ondertussen te monitoren. Ik heb ook aan een commissie gevraagd op welke manier we het verstandig en gericht op kwaliteit konden invullen. De leden weten dat ook tussen de beroepsgroepen zelf ontzettend veel onenigheid over het hoofdbehandelaarschap bestaat. De commissie-Meurs heeft het enorm moeilijk om met een goed breed gedragen advies te komen. Als er een bepaalde groep wordt uitgesloten, is die het vaak niet met het advies eens en wordt het dus op eieren lopen. Ik ben heel benieuwd waarmee de commissie uiteindelijk komt.

De afspraken uit het akkoord brengen daadwerkelijk veranderingen in de sector teweeg: de introductie van de basis-ggz, een stevige inzet van verzekeraars op ambulantisering en eisen die gesteld worden in het kader van het hoofdbehandelaarschap. Er zijn dus allerlei veranderingen in gang gezet.

In de tussentijd is er wel een en ander gebeurd. In het laatste hoofdlijnenakkoord stond een passage «artikel 13 aanpassen». Deze passage was onderdeel van het akkoord. De aanbieders in de ggz hebben feitelijk het akkoord opgezegd vanwege dit stuk en derhalve bestaat het akkoord niet meer. We hebben nu een situatie waarin we twee hoofdlijnenakkoorden hebben, die bij dezen zijn afgerond. We zullen moeten bekijken op welke manier we verdergaan. Dat zullen we volgende week ook bespreken met de zorgaanbieders. Aan een akkoord en aan het functioneren in een onderdeel van de zorg zitten immers bijbehorende prikkels. Voor de Zorgverzekeringswet (Zvw) betekent dit selectieve inkoop. Als men zich daartegen verzet, moet er gekeken worden naar andere vormen van inkoop, die niet per definitie thuishoren in de segmenten waarin men zit. We moeten goed bekijken op welke manier we het beter kunnen doen. Zijn de problemen die in de ggz spelen, heel erg bijzonder of sluiten die aan bij de problemen in andere beroepsgroepen?

Een echte stagnatie zit in het inzicht in en de transparantie van de kwaliteit. We willen heel graag patiënten iets kunnen vertellen over hun behandelaar wat niet alleen het persoonlijke vlak betreft, maar daadwerkelijk over de behandeling gaat. Het blijkt heel moeilijk die transparantie aan patiënten te geven. Hoe gaan we dit aanpakken? Als we dit niet doen, blijft het veel te veel gaan over de prijs of volume, maar niet over de kwaliteit. We hebben dus inzicht in de kwaliteit nodig. Hoe krijgen we dat en hoe pakken we dit punt op? Met andere woorden: de situatie is wat veranderd en we moeten bekijken hoe we verdergaan met de afgesproken dingen.

Veel woordvoerders hebben vragen gesteld over de beddenafbouw, met name of die niet te snel gaat en of die gelijke tred houdt met de opbouw van de ambulante zorg. De onderliggende basisvisie is extreem belangrijk. Internationaal gezien hadden we in Nederland veruit de meeste intramurale bedden, ook in vergelijking met landen met een heel goede gezondheidzorg. Aan welke landen we ons ook spiegelden, wij hadden de meeste bedden. Ik geloof dat Rusland er nog meer had, maar daaraan liggen heel andere oorzaken ten grondslag. We hebben bekeken of intramurale zorg kwalitatief de beste zorg voor patiënten is. De gemeen-

schappelijke conclusie was dat mensen vaak goed kunnen functioneren met ambulante hulp in hun eigen sociale netwerk en hun eigen omgeving. De basisgedachte, die ook onder het eerste hoofdlijnenakkoord ligt, is dat we overgaan van zorginstellingen naar zorg in de buurt. Dezelfde ontwikkeling zien we bij de somatische zorg. Daarbij willen we ook dat de zorg uit het ziekenhuis naar de huisarts gaat. Het is dus een algemene beweging. We vonden wel dat de huisarts versterking moest krijgen. Dat is de POH-ggz geworden. We zien dat die een grote vlucht neemt.
Wat betreft de beddenafbouw baseer ik me op de gegevens van de Landelijke monitor intramurale ggz (LMIG). Het aantal bedden dat gefinancierd is vanuit de Zvw is in 2013 afgenomen met 7%. De afname van bedden in de langdurige ggz gaat daarentegen een stuk langzamer. Die is 4%. Het aantal plaatsen voor beschermd wonen is stabiel. Met andere woorden: de afbouw van de bedden gaat gestaag conform de afspraken. Het Trimbos-instituut constateert dat er sprake is van grote regionale verschillen qua capaciteit. In sommige regio’s gaat de afbouw sneller dan in andere regio’s. Tegelijkertijd is de toename van de ambulantisering, de groei van de extramurale eerstelijns-ggz, niet zo groot als men zou verwachten bij de afbouw van intramurale bedden. De vraag is waaraan dit ligt. Kan dit liggen aan de 70% huisartsen met een POH-ggz, waardoor de instroom later plaatsvindt? We hebben dit nog helemaal niet scherp. Ik heb gezegd dat we een en ander niet zomaar doen en dat we de vinger strak aan de pols houden. We monitoren strak hoe het staat met de afbouw en de opbouw. Het is overigens niet zo dat het Trimbos-instituut aan de bel heeft getrokken en een waardeoordeel heeft gegeven. Dat heeft het helemaal niet gedaan. Het Trimbos-instituut heeft slechts aangegeven wat er in het veld gebeurt.
Kamerleden hebben signalen gekregen dat groepen verwarde patiënten op straat zouden zwerven door de snelle beddenafbouw. Dat aantal zou veel groter zijn dan voorheen. Die signalen hebben wij niet. Ik ben bereid om zelf actief politie, schuldhulpverlening en instanties die direct hiermee te maken hebben, te vragen welke ontwikkelingen ze zien, om zo daadwerkelijk de vinger aan de pols te hebben. Ik zal het dus checken.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): De Minister zegt dat de afname van het aantal bedden in de Zvw conform de lijn is. Dat schrijft ze inderdaad in de oplegbrief. In het rapport staat echter iets anders. Daarin staat dat de afbouw al in 2018 gerealiseerd is in plaats van in 2020. Als je wilt dat de opbouw van de ambulante zorg hand in hand gaat met de beddenafbouw, moet dat wel gebeuren. Welke inspanningen zijn daarvoor nodig? Bovendien is er dit jaar heel veel ggz-zorg vanuit de AWBZ naar de Zvw gegaan. De zorg is dus toegenomen, terwijl het aantal bedden is afgenomen. Dat is een tweede ontwikkeling die hieronder ligt.

Minister **Schippers**: Het is nooit de bedoeling geweest dat het weghalen van zorg uit de AWBZ een toename in Zvw-bedden zou veroorzaken. We hebben een afspraak gemaakt met 2020 als de uiterste datum. Je kunt je voorstellen dat zo’n beddenreductie in het begin sneller gaat dan later, als je verder bent. Dat is evident en het is ook logisch. Bij veel ontwikkelingen ziet iedereen in het begin vrij grote mogelijkheden en wordt het in latere jaren lastiger.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Onder die afspraak lag de afspraak dat de voorzieningen in de buurt, de ambulante voorzieningen, opgebouwd zouden worden. De afbouw van de bedden gaat nu sneller dan de opbouw van de voorzieningen in de buurt. Dat gaat natuurlijk knellen. Wat kunnen we daaraan doen?

Minister **Schippers**: Het is belangrijk dat ik door monitoren en door goed contact te hebben met alle partijen die hierbij actief zijn, nauwgezet volg

wat er gebeurt. Soms worden er te snel stevige conclusies getrokken. Er zijn immers nieuwe vormen van zorg geïntroduceerd die invloed kunnen hebben op de cijfers. Als een POH-ggz wordt geïntroduceerd, kan dat een vertraging betekenen voor de verdere opbouw in de basis-ggz lijn. Dat wil niet zeggen dat dat die niet zal plaatsvinden. Ik ben erop voorbereid dat die opbouw wel zal plaatsvinden, maar met een vertraging. Het is heel erg belangrijk dat we niet alleen onafhankelijke instituten laten monitoren wat er gebeurt, maar dat we ook zelf in de gaten houden wat er precies gebeurt door een goed contact met alle betrokken partijen.

Mevrouw **Leijten** (SP): Je verwacht dat de beddenafbouw en de zorg in de buurt en zorg thuis communicerende vaten zijn. Anders kan de beddenafbouw ook een lekkend vat worden en weten we niet meer waar de mensen blijven. Het is goed dat de Minister met betrokken partijen om tafel gaat en de signalen serieus neemt. Daarom hebben we eerder in Kamervragen al gevraagd en het lijkt me ook verstandig. We willen immers niet dat mensen op straat belanden, doordat er een lekkend vat is. In het rapport Verslavingszorg in beeld wordt geconstateerd dat de afspraken in het bestuurlijk akkoord om de beddencapaciteit af te bouwen, onvoldoende inhoudelijk zijn onderbouwd om te kunnen vertalen naar de verslavingszorg. De verslavingszorg moet echter ook afbouwen. Is het geen goed idee om de beddenreductie inhoudelijk te onderbouwen? We moeten dus niet rücksichtslos 30% beddenreductie aan iedere instelling opleggen, maar we maken een goed plan waaraan we ook de zorgverzekeraars binden. Ik heb het idee dat het nu af en toe te fors is, waardoor we misschien aan kapitaalvernietiging doen.

Minister **Schippers**: Wat dat laatste betreft: door de vinger aan de pols te houden en goed te kijken wat er gebeurt, kunnen we ook op tijd bijsturen. Dat vind ik heel belangrijk. Daarom willen we die vinger ook stevig aan de pols blijven houden. Het is niet zo dat er geen opbouw in het ambulante deel van de ggz plaatsvindt. Ruim 35.000 mensen worden inmiddels geholpen via de Fact-teams. Voor andere mensen geldt de reguliere ggz, die ook ambulant kan werken. Bovendien is er sprake van de genoemde vertraging. Ik vind zelf dat we ervoor moeten oppassen om te snel te stevige conclusies te trekken terwijl er gewenste ontwikkelingen plaatsvinden. We moeten echter wel alert zijn en dus goed de vinger aan de pols houden. Ik krijg nu signalen van mevrouw Leijten die wij nog niet hebben gekregen. Dat is opmerkelijk. Vaak hoor ik signalen die wij ook al hadden ontvangen. Ik wil een en ander wel verder uitzoeken en ga het bij de grote steden, de politie, de schuldhulpverlening et cetera navragen.
De verslavingszorg maakt inderdaad deel uit van de integrale afspraken. De afbouw geldt dus zowel voor de verslavingszorg als voor de andere delen van de ggz. We hebben de verslavingszorg ook in de landelijke monitor opgenomen. Daarmee houden we de vinger aan de pols. Ik heb de monitor naar de Kamer gestuurd. Ik maak wel een onderscheid tussen de monitor en het rapport van het Zorginstituut Nederland. Onder andere mevrouw Dijkstra vroeg hiernaar. Het Zorginstituut heeft mij een advies gegeven. Dat doet het vaker over pakketzaken. Ik ga niet per ommegaande op zo'n advies reageren. Ik begrijp dat een aantal mensen het er niet mee eens is. Dat gebeurt vaker met adviezen van het Zorginstituut Nederland. Ik moet zo'n advies eerst goed bestuderen om tot een conclusie te komen en te beslissen wat ik ermee doe. Zodra ik het ei hebt gelegd, komt het naar de Kamer.

Mevrouw **Leijten** (SP): Dat was mijn vraag niet. De reactie op het rapport is ons toegezegd en komt naar de Kamer. We wachten daarop. Hoe zorgvuldiger de reactie is, des te beter. Ik vind de opmerking in het rapport dat de beddenafbouw van 30% in het bestuurlijk akkoord onvoldoende inhoudelijk onderbouwd is, van belang. De Minister weet dat ik in de

afgelopen jaren meerdere malen Kamervragen heb gesteld over de beddenafbouw. Wat betekent die voor crisisopnamen? Wat betekent die voor de wachttijden? Iedere keer heeft de Minister geantwoord dat dit aan de veldpartijen was. Nu constateert het Zorginstituut dat de beddenreductie inhoudelijk onvoldoende is onderbouwd. Ik vroeg de Minister om die inhoudelijke onderbouwing snel op te stellen en de zorgverzekeraars dan daaraan te houden. Ik heb het idee dat zij soms harder gaan dan inhoudelijk wenselijk is. Als we nu afbouwen of afknijpen, moeten we misschien over een paar jaar weer opbouwen. Dan doen we dus aan kapitaalvernietiging. Ik krijg graag de toezegging dat de Minister snel de inhoudelijke onderbouwing van de beddenreductie opstelt.

Minister **Schippers**: De beddenreductie is niet uit de lucht komen vallen. We hebben goed gekeken naar de manier waarop andere landen hun zorg hebben ingericht en de vraag gesteld of we beter zijn dan die andere landen, omdat we zo veel patiënten intramuraal opvangen. We hebben experts gesproken die zeggen dat 80% van de bedden kan worden afgebouwd. Dat hebben we niet gedaan. Er is een afbouw van 30% afgesproken. Je kunt dat een heel laag percentage vinden, maar ik denk dat 30% ambitieus genoeg is. De beddenreductie wordt onderbouwd, ook door experts, omdat het soms helemaal niet goed is om mensen intramuraal te helpen en je ze veel beter in hun eigen omgeving kunt helpen. Daarbij moet je natuurlijk wel de vinger aan de pols houden om de mogelijke implicaties en gevolgen in de gaten te houden. We doen dit heel secuur en gaan niet eerst drie jaar aan de gang om vervolgens pas te evalueren. We houden de vinger aan de pols en bekijken het stapsgewijs. We kunnen dan bijsturen als we denken dat het inhoudelijk niet goed gaat.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks): Ik heb een reactie op de opmerking van de Minister dat de cijfers wel geruststellend zijn en dat we ons niet onnodig ongerust moeten maken over de beddenafbouw. Het Trimbos-rapport is heel duidelijk. Daarin wordt aangegeven dat de daling hoger is dan verwacht en dat de ambitie al gerealiseerd is in 2018 als deze trend doorzet. De beddenafbouw en de snelheid waarmee die nu gepaard gaat, is niet conform het aantal herindicaties van de ambulante zorg. De communicerende vaten, waarover mevrouw Leijten het had, zijn op dit moment niet in balans. Wat daarvoor nodig is, is kwalitatief monitoren. We moeten weten of de grote groepen patiënten die niet meer terechtkunnen op die bedden, om het zo maar even te zeggen, alternatieve zorg krijgen. Nu verdwijnen ze uit beeld. Erkent de Minister dat de opvang van deze grote groepen patiënten nog onvoldoende geregeld is, dat het daarvoor belangrijk is dat er regionale visies op ambulante zorg zijn en dat die nog ontbreken?

Minister **Schippers**: Je kunt feiten signaleren en er vervolgens heel stevige conclusies uit trekken. Je kunt daarmee ook voorzichtig zijn. Er zijn immers nog andere ontwikkelingen waardoor je je conclusies mogelijk moet temperen. Het is van belang dat de betrokken ketenpartners elkaar goed weten te vinden. Het zijn geen gescheiden werelden. Soms levert de ene instelling een deel van de zorg aan de andere. Deze dingen moet je goed bespreken en je moet ermee in het veld blijven. Dat vind ik het belangrijkst. Ik weet dat door alle betrokken ketenpartners hard wordt gewerkt en dat ze bekijken waar ze het nog beter kunnen doen. Het is allemaal nieuw. Je moet bekijken hoe je het kunt doen, je moet leren van je fouten en vervolgens bekijken hoe je het beter kunt doen. Je moet je afvragen of er andere afspraken gemaakt moeten worden. Het is bijvoorbeeld van belang dat de eerstelijnszorg beter aansluit bij de tweedelijnszorg. Het loopt niet allemaal goed vanaf dag één. Zoals ik al zei, heb ik een gemixt beeld. Ik zeg niet dat het allemaal perfect loopt. We moeten het beter doen en de POH-ggz kan hieraan een belangrijke

bijdrage leveren. Naast de generieke inzet van de sociale wijkteams, die nog van start moet gaan, zal de specifieke inzet van FACT-teams eraan moeten bijdragen dat de mensen die psychische hulp nodig hebben, sneller in beeld komen en ook sneller behandeld kunnen worden. Dat is de opzet van de sociale wijkteams en de POH-ggz. Die kan tot gevolg hebben dat acuut ingrijpen minder nodig is, omdat je er eerder bij bent. Daar moeten we dus bovenop zitten.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks): De feiten spreken voor zich: de beddenafbouw gaat sneller dan beoogd en het alternatief is nog onvoldoende georganiseerd. Ik deel de visie van de Minister. Ik maak me echter grote zorgen over de patiënten voor wie het alternatief nog niet klaar is. Daar gaat het mij om. Het is een feit dat de beddenafbouw sneller dan verwacht gaat en dat het alternatief nog niet rond is. Ik krijg van veel patiënten te horen dat ze van het kastje naar de muur gestuurd worden. Wat doen we in de tussentijd? Is het niet de taak van de Minister om ervoor te zorgen dat deze patiënten ergens terechtkunnen tot het moment dat het alternatief goed is georganiseerd?

Minister **Schippers**: Ik heb net al gezegd dat de signalen dat patiënten tussen wal en schip vallen, mij niet bereikt hebben, ondanks het feit dat we van alles monitoren en regelmatig met het veld spreken et cetera. Daarom heb ik aangegeven dat ik achter de signalen van de Kamer aanga om te bekijken waar ze vandaan komen en hoe dat dan kan. Dat doe ik, omdat we met elkaar de vinger aan de pols moeten houden om ervoor te zorgen dat het allemaal goed loopt. De gehele beweging is ook ingezet om een kwaliteitsverbetering te realiseren.
Bij de crisisdienst is acuut optreden natuurlijk noodzakelijk. De crisisdienst moet er zijn als je die nodig hebt. Het is dus van belang dat ketenpartners als politie, ambulancepersoneel maar ook de eerstelijnszorg, die met de crisisdienst te maken kunnen krijgen, weten waar deze zit en welke rolverantwoordelijkheid ze zelf hebben. In het licht van de toegenomen ambulantisering is het van toenemend belang dat je snel kunt schakelen en snel deze zorg kunt inzetten. Er is vanaf 2013 door alle partijen geïnvesteerd in een betere samenwerking en afstemming in deze zorg. Begin vorig jaar hebben GGZ Nederland en VWS gezamenlijk een invitational congres georganiseerd om de verbeterpunten te inventariseren, afspraken te maken en verdere verbeteringen in gang te zetten. Een van de eerste stappen betreft de introductie van de crisiskaart waarop de precieze werkgebieden van alle crisisdiensten te vinden zijn, de formulering van het profiel en de eisen waaraan crisisdiensten moeten voldoen. De crisisdienst en de acute dienst van de ggz is 24 uur per dag gedurende alle dagen van de week bereikbaar en beschikbaar voor verwijzing van ggz-patiënten van alle leeftijden. Verwijzing kan plaatsvinden via triage door de huisartsenpraktijk (HAP), de spoedeisende hulp (SEH), ambulancedienst, politie of rechtstreekse toegang door de patiënt of de familie. De norm is dat in 80% van de gevallen binnen twee uur een hulpverlener voor psychiatrische beoordeling, crisisinterventie of hulp op locatie beschikbaar is. Ik heb bureau SIRM gevraagd een analyse uit te voeren van wie waarvoor verantwoordelijk is in de acute ggz en te onderzoeken of er knelpunten in de acute ggz zijn. Ik zal de Kamer daarover zo snel mogelijk informeren, want ik heb het rapport nog niet. As we speak wordt er dus naar gekeken.

De heer **Van Wijngaarden** (VVD): De Minister maakte de opmerking dat iedere instelling aan 30% beddenreductie moet voldoen. Ik heb altijd begrepen dat er sprake is van een landelijk akkoord met een landelijke doelstelling. Dat betekent per saldo landelijk 30%. Vanuit een instelling werd mij bevestigd dat dit juist is. Kan de Minister dit ook bevestigen? Het betekent dus niet dat iedere instelling het aantal bedden met 30% moet

reduceren. Dat werd namelijk daarnet even geopperd. Als dit wel zo is, wil ik dat graag weten. Klopt het dat men in een regio waar meer vraag is, de reductiedoelstelling wat kan terugschroeven en in andere regio's wat kan opschroeven?

Minister **Schippers**: Het is een landelijke norm. Ik heb willen zeggen dat de verslavingszorg onderdeel is van de norm, ook landelijk. Het is niet zo dat iedere instelling 30% moet afbouwen.

De heer **Van Wijngaarden** (VVD): Daarmee is het beeld recht gezet.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik gaf net het voorbeeld van een jongen die heel vaak niet behandeld wil worden en heel soms wel, dan door de huisarts verwezen wordt en vervolgens voor een gesloten deur staat bij een instelling omdat er geen plek is. Dit voorbeeld heb ik eerder aan de Staatssecretaris voorgelegd tijdens het algemeen overleg over verslavingszorg. Hij herkende zich toen niet in het beeld. Ik ben blij dat de Minister gaat bekijken welke problemen er in de crisisopname bestaan. Wil ze daarbij ook de signalen van de huisartsen betrekken? Hoe worden hun patiënten in crisissituaties opgenomen? Wil ze ook de signalen meenemen die de zorgverzekeraars krijgen of wellicht hebben laten liggen? De zorgverzekeraars gaan nu aan wachtlijstbemiddeling doen. Ik ben benieuwd hoeveel verzoeken ze in het verleden hebben gekregen, niet alleen voor wachtlijstbemiddeling, maar ook voor crisisplaatsingbemiddeling. In de cijfers zit natuurlijk ook veel informatie hierover.

Minister **Schippers**: Het SiRM-onderzoek loopt en het rapport wordt binnen niet al te lange tijd opgeleverd. Daarbij wordt de gehele keten onderzocht. Mevrouw Leijten geeft een voorbeeld uit de praktijk. Dat voorbeeld heeft ze waarschijnlijk via de mail gekregen. Ik twijfel er niet aan dat het zo is gegaan. Ik vind dat het niet kan. We hebben al geconstateerd dat de verzekeraar ervoor moet zorgen dat men elders zorg krijgt als er een wachtlijst is. Ik heb het dan niet over de crisisdienst, maar over de ggz. De NZa heeft daarover een rapport uitgebracht. Daarin geeft de NZa aan gedetailleerder onderzoek te zullen doen en te bekijken hoe het precies zit. Dat komt straks ook terug bij de antwoorden over de wachtlijsten. Mevrouw Bruins Slot zei terecht dat het onderzoek van de NZa is gebaseerd op gemiddelden en een algemeen beeld geeft. Dit nieuwe onderzoek zoomt beter in. Daarnaast heeft de NZa geschreven dat de verzekeraars die zorgplicht hebben en dat erop wordt toegezien dat ze er beter naar handelen waar dat nog niet gebeurt.

Mevrouw **Tanamal** (PvdA): Ik begrijp dat de signalen die wij hebben ontvangen, niet geheel overeenkomen met de signalen van de Minister. Op basis van de signalen die ik krijg, heb ik de Minister gevraagd om een plan van aanpak voor de basis-ggz-capaciteit en de ambulante zorg. Wil ze hierop een reactie geven?

Minister **Schippers**: Die zit in de antwoorden. We gaan nu wel heel erg kriskras door de onderwerpen heen. We hebben een plan van aanpak gemaakt: dat zijn de hoofdlijnenakkoorden. Mevrouw Ellemeet vroeg of we geen regionale visies konden maken. We hebben in de hoofdlijnenakkoorden een plan van aanpak gemaakt, maar het laatste hoofdlijnenakkoord is nu feitelijk afgesloten. We zullen opnieuw moeten bekijken hoe we tegenover elkaar staan, of we een nieuw convenant of nieuwe afspraken gaan maken of het anders aanpakken. Ik kan er niet op vooruitlopen. Ik heb hierover volgende week een vergadering met de betrokken partijen. Daarvan wil ik laten afhangen of ik via het platform verder werk of op een andere manier.

Mevrouw **Tanamal** (PvdA): Oké, dat begrijp ik. De Minister heeft net gesteld dat ze het goed gaat monitoren en eventueel bijsturen, om ervoor te zorgen dat mensen niet zonder de benodigde zorg komen te zitten.

Minister **Schippers**: Dat is zeker waar, ongeacht wat er verder gebeurt. Het is belangrijk om het traject intensief te volgen door de vinger aan de pols te houden en te kijken wat er gebeurt, zodat het indien nodig bijgestuurd kan worden. Als ik signalen van de Kamer krijg, in een overleg of buiten een overleg om, dat er iets niet goed gaat, zorg ik ervoor dat we informatie ophalen om te checken wat er aan de hand is en wat nodig is.
Voorzitter. De gevolgen worden in kaart gebracht. Mevrouw Bruins Slot vroeg mij dit met de relevante partijen te doen. Ik heb het Trimbos-instituut de opdracht gegeven de monitor ambulantisering en hervorming van de langdurige ggz te ontwikkelen. Het doel van die monitor is om de afbouw van de bedden, de opbouw van de ambulante zorg en het gebruik van de intramurale en extramurale ggz-voorzieningen te volgen en in kaart te brengen, evenals de ervaren kwaliteit van zorg en ondersteuning, de kwaliteit van leven, de participatie van gebruikers van ggz-zorg en de totstandkoming van de integrale aanpak voor de doelgroep in het gemeentelijke domein. Daar gebeurt immers ook van alles. We willen dat het traject inzichtelijk is, zodat we kunnen constateren of het echt een stap vooruit is. De wijkteams en de POH-ggz zijn nieuwe ontwikkelingen om zorg in de buurt vorm te geven. Iedereen moet goed met elkaar communiceren en alles moet goed op elkaar aansluiten. Het is ontzettend belangrijk om de keten goed in de gaten te houden, niet alleen via gesprekken, maar ook door middel van een monitor. Bij de ontwikkeling en de uitvoering van de monitor zijn veel partijen betrokken: ZN, Per Saldo, het Landelijk Platform GGz, de RIBW Alliantie en Federatie Opvang. Er zitten dus allerlei partijen achter die ook stakeholder zijn. Ik ga nog bekijken op welke manier, dus niet óf maar op welke manier, de VNG hierbij betrokken kan worden.
Er werd gevraagd of ik signalen heb gekregen over problemen bij de afbouw van de dagbesteding. Die heb ik niet. Dagbesteding maakt deel uit van de brede monitor van het Trimbos-instituut over de ambulantisering. Die zal eind 2015 verschijnen.
Over de laagdrempelige opvang werd gevraagd of ik bereid ben met partijen na te gaan of passende woningen ontbreken, dit per regio in kaart te brengen en naar oplossingen te zoeken. De beschikbaarheid van sociale huurwoningen is niet mijn terrein, maar van mijn collega Blok. Op 4 juni heeft hij een brief geschreven over de transitieagenda Langer zelfstandig wonen. Die is naar de Tweede Kamer gestuurd. De beschikbaarheid van sociale woningen is vooral een regionaal en lokaal vraagstuk. Hoe het daarmee staat, kan dus ontzettend wisselen. Gemeenten kunnen afspraken maken met de corporaties. Dat gebeurt ook. De bewindspersoon van Wonen, de heer Blok, heeft twee keer per jaar met een groot aantal partijen bestuurlijk overleg, waarbij knelpunten kunnen worden ingebracht.

Voorzitter: Bruins Slot

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): De Minister geeft aan dat haar collega, Minister Blok van Wonen, over dit punt gaat. Denkt de Minister dat de ggz-sector voldoende op het netvlies van deze commissie staat? Ik weet niet meer wat het precies was, maar in de laatste brief hierover heb ik gelezen dat ggz-patiënten vooral genoemd werden als een probleem voor een wijk en dat er niet zozeer werd gezocht naar een oplossing.

Minister **Schippers**: Partijen hebben twee keer per jaar overleg met Minister Blok. De ggz is daarbij ook onderwerp van gesprek.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Betekent dit dat de Minister vindt dat de ggz-sector voldoende op het netvlies van Minister Blok staat?

Minister **Schippers**: Ik heb begrepen dat GGZ Nederland ook bij dit overleg zit. Als er problemen ontstaan, kan GGZ Nederland die kortsluiten.

Voorzitter: Pia Dijkstra

Mevrouw **Dik Faber** (ChristenUnie): Ik heb hier nog een vraag over. Het is goed dat op gemeentelijk niveau wordt bekeken of er voldoende woningen beschikbaar zijn. Ambulantisering heeft volgens mij echter met een breder lokaal netwerk te maken. Wil de ambulantisering slagen, dan zullen de mensen met ggz-aandoeningen ook op het netvlies moeten staan van het onderwijs, de UWV, de schuldhulpverlening et cetera. Ik heb zonet al een aantal partijen genoemd. De lokale netwerken moeten goed tot stand komen. Monitort de Minister dit ook? Krijg het Trimbos-instituut dit mee in de opdracht?

Minister **Schippers**: We willen een heel complex opbouwen in de buurt. De sociale wijkteams zijn daar onderdeel van, evenals de wijkverpleegkundige en de POH-ggz. De gehele opbouw in de buurt is onderdeel van de verbeterslag die we willen maken. We houden het dus wel degelijk goed in de gaten. Of we alle partijen die mevrouw Dik-Faber noemt, daarbij betrokken hebben, weet ik niet precies, maar we kijken niet alleen naar de POH-ggz. Ik heb al gezegd dat ook de sociale wijkteams, waarin de gemeente een belangrijke rol heeft, een rol in die complexen spelen. Naar aanleiding van dit debat ga ik een aparte check doen bij politie, schuldhulpverlening et cetera om te vragen hoe het ermee staat en of ze voldoende zijn aangehaakt.

Mevrouw **Dik Faber** (ChristenUnie): Ik ben heel blij dat de Minister breed lokaal wil bekijken of mensen met ggz-aandoeningen adequaat worden opgevangen in een lokaal netwerk. Ze heeft ook gezegd dat ze naar aanleiding van signalen van deze commissie in gesprek wil gaan met een aantal partijen. Een partij die mij vaak aanspreekt op de problemen waar ze tegen oploopt, is Federatie Opvang. Wil de Minister deze organisatie toevoegen aan het rijtje van organisaties waarbij ze haar oor te luisteren legt?

Minister **Schippers**: Die organisatie zit erbij en is betrokken bij de trajecten die we inzetten. Nu mevrouw Dik-Faber Federatie Opvang zo specifiek noemt, zal ik die voor het aparte rondje nog eens expliciet bevragen.
Ik kom bij de contractering jaarrekening zorgzwaarte. Er zijn behoorlijk wat veranderingen geïntroduceerd of aanstaande zoals de invoering van de generalistische basis-ggz met nieuwe zorgvormen, de afschaffing van het representatiemodel, het feit dat aanbieders met verzekeraars te maken krijgen, regels voor hoofdbehandelaarschap, overheveling van de langdurige jeugd-ggz en beschermd wonen naar de gemeente. Er zijn studies naar de risicodragendheid voor de uitvoering van de ggz. In hoeverre is die mogelijk? Al deze veranderingen hebben hun weerslag op het contracteringsproces. Er zijn veel veranderingen en laten we wel wezen: de ggz heeft deze overstap nog niet zo lang geleden gemaakt en nog niet alles verloopt gladjes. Het is evident dat het beter kan en dat we daaraan moeten werken. We zien dat verzekeraars verschillende eisen stellen in de contracten. Ik heb daarover in zijn algemeenheid met de verzekeraars gesproken. Het is niet alleen bij de ggz- beroepsbeoefenaren het geval. Ik heb gevraagd of de verzekeraars kunnen zorgen voor een vereenvoudigingsslag in bijvoorbeeld de formulieren die ze sturen. Nu heeft de ene verzekeraar een formulier X met vragen Y en tien bijlagen,

terwijl een andere verzekeraar het op een heel andere manier doet. De verzekeraars zijn zeker bereid hiernaar te kijken. Er wordt gekeken hoe we binnen de Mededingingswet op een deugdelijke manier een vereenvoudigingsslag kunnen maken voor de individuele beroepsbeoefenaar en voor instellingen. Dit staat hoog op mijn lijstje. Toevallig hebben de verzekeraars gisteravond op mijn verzoek aangegeven dat ook zij hieraan willen trekken. We zijn er dus mee bezig.
Het hoofdbehandelaarschap ligt complex. We hebben een advies gevraagd aan de commissie-Meurs. Dat wacht ik eerst af. We zien overigens bij veel instellingen dat de ene verzekeraar een bepaalde beroepsbeoefenaar als hoofdbehandelaar vraagt, terwijl een andere verzekeraar de grootste gemene deler neemt, die dan de hoofdbehandelaar is. Dat is praktisch voor de administratieve lasten, maar daarin willen we wel nog stappen zetten. Als we het advies van de commissie-Meurs hebben, willen we daadwerkelijk stappen zetten met betrekking tot het hoofdbehandelaarschap. Dan stappen we weer af van deze tijdelijke situatie.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks): Ik ben erg blij te horen dat de Minister met de verzekeraars heeft gesproken over het standaardiseren van contracteisen. Het ontbreken daarvan is op dit moment een groot probleem voor de aanbieders en zelfs een van de oorzaken van de wachtlijsten, omdat steeds minder tijd en geld aan zorg wordt besteed en steeds meer aan bureaucratie. Op welke termijn kan de Kamer inzicht in en informatie over deze standaardisering krijgen?

Minister **Schippers**: Ik doe de Kamer daar verslag van. Ik heb het gisteravond afgesproken, dus het is nog heel recent. Mevrouw Ellemeet wil natuurlijk een termijn horen. Ik zal het voor de zomer in zijn geheel meenemen. Zoals mevrouw Ellemeet misschien weet, bekijk ik ook op welke manier we de contractering bij individuele beroepsbeoefenaren zo kunnen aanpassen dat de verzekeraar niet 8.000 huisartsen, zoveel duizend psychologen et cetera hoeft te contracteren. We kunnen proberen een dialoog op gang te krijgen over prijs en kwaliteit, in plaats van dat men een formulier krijgt dat men al dan niet kan tekenen. Dat kan op zich wel, maar dan moeten er een aantal kwaliteitsnormen worden genoemd. Mevrouw Dijkstra gaf hier al een aantal aanzetten voor. We zijn onder andere bezig te bekijken op welke manier we dit zouden kunnen doen. Ik pak dus alles bij elkaar.
Wat mij betreft zijn er twee knelpunten. Mevrouw Ellemeet zegt dat het grootste probleem is dat een standaardisatie van verzekeraars naar de aanbieders ontbreekt. Ik ben het met haar eens dat standaardisatie belangrijk is. Andersom kunnen we van de aanbieders een versnelling vragen in het inzichtelijk maken van wat ze eigenlijk bieden en de kwaliteit daarvan. Waar de implementatie van de richtlijnen op zich laat wachten, terwijl die echt nodig is, kunnen we van aanbieders vragen om hiermee tempo te maken. We kunnen een beroep op beide partijen doen om tempo te maken met de belangrijke dingen, waardoor het allemaal moet gaan werken. Je krijgt natuurlijk veel minder praktijkvariatie, maar ook minder administratieve lasten en dus een betere kwaliteit. Dat wil zeggen meer kwantiteit voor zorg, maar ook een betere kwaliteit die inzichtelijk is doordat we met elkaar veldnormen opstellen die de verschillen beperken. Dit speelt en dit moet dus gebeuren. We maken er dan ook een prioriteit van.
Er wordt steeds meer nagedacht over meerjarige contracten. Dat is bij verschillende verzekeraars aan de orde. Nu hebben we ieder jaar een contracteringsfeestje. De vraag is of het niet op een andere manier gedaan kan worden waardoor de lasten aan beide kanten minder worden. Meerjarige contracten bieden immers ook voordelen. We zien dat er meer verbeteringen plaatsvinden of aanstaande zijn, ook in de processen van

contractering. De NZa doet nader onderzoek naar de contractering voor 2015 en zal daarover rapporteren in de tweede marktscan voor de ggz, die het eerste kwartaal van 2015 uitkomt.
Er moet meer duidelijkheid komen over afspraken en regels met het oog op goedgekeurde jaarrekeningen. Daarover is bijzonder intensief overleg geweest en er vindt nog steeds overleg over plaats. Het resultaat daarvan heb ik de Kamer op 2 december toegestuurd. Het plan van aanpak bevat de bouwstenen voor een tijdige en goedgekeurde jaarrekening over 2014.
Er vindt ook overleg plaats over de aanlevering van de zorgzwaarte-indicator. Partijen, inclusief de verzekeraars, zijn het met elkaar eens dat de ingeslagen route van het alternatief kansrijk is. Laat ik eerlijk zijn: dit is een traject waarmee ik al bezig ben sinds ik Minister ben. Het loopt dus al ruim vier jaar. Op een gegeven moment moeten daarin dan wel stappen worden gezet, omdat het ook te maken heeft met transparantie.
Ik heb al iets gezegd over de zorgzwaarte-indicator. Er zijn vorderingen. Het CBP geeft hierover advies. Ik ben in afwachting daarvan. We schorten de zorgzwaarte-indicator nog een jaar op, tot 1 januari 2016. Mevrouw Dijkstra vroeg of we hierop gaan wachten met betrekking tot de andere jaren. Dat gaan we niet doen.
Er werd gevraagd of de slager bij deze trajecten in feite zijn eigen vlees keurt. Deze trajecten verschaffen helderheid en vragen enorm veel capaciteit van de instellingen. We mogen die instellingen wel een compliment geven, omdat ze er zo hard aan trekken. Het is voor beide kanten ook leerzaam. Uiteindelijk houdt de NZa als toezichthouder altijd toezicht, of het nu somatische zorg of ggz-zorg betreft. De toezichthouder houdt zijn eigen instrumenten en toezichthoudende taken.
De zogenaamde omzetplafonds hebben twee kanten. Een verzekeraar kan zeggen dat hij maar heel weinig aanbieders contracteert voor alles wat hij aan capaciteit voor zijn patiënten nodig heeft. Een kleine zorgverzekeraar heeft minder te contracteren dan een grote zorgverzekeraar. Een verzekeraar kan kiezen voor het contracteren van maar een paar aanbieders. In dat geval heeft hij geen omzetplafonds en met de aanbieders maakt hij afspraken. Als hij veel bij hen contracteert, kan hij immers ook binnen het contract de afspraak maken dat, als er veel meer mensen komen, de zorgaanbieder ook die behandelt. Een zorgverzekeraar kan daarentegen ook zeggen dat hij dit eigenlijk vervelend vindt, omdat hij de contractering dan wel heel erg vernauwt tot een bescheiden zorgaanbod. Deze zorgverzekeraar wil breder contracteren voor zijn patiënten. Hij heeft natuurlijk een beperkt aantal patiënten en zet plafonds in de bredere contractering om te voorkomen dat hij straks met 5% groei zit in plaats van 1%.
We hebben verschillende malen over de omzetplafonds gesproken. Als iemand in behandeling is, heeft hij niets te maken met een omzetplafond. Hierbij maakt het niet uit of het een behandeling in de eerste of de tweede lijn betreft. Als er geen behandeling loopt, en iemand gaat een traject van behandeling in of weer in, kan het zijn dat er een omzetplafond is. Er moet dan wel bij de polisinformatie helder worden aangegeven dat er sprake is van een omzetplafond.
Ook als er een omzetplafond is, geldt de zorgplicht. Verzekeraars moeten de patiënten die hiertegen aanlopen, bemiddelen naar een andere aanbieder die de benodigde zorg op dat moment wel kan leveren. Tot slot hebben we in de Kamer afgesproken dat een verzekeraar geen goede sier mag maken met een heel breed gecontracteerd aanbod met heel lage omzetplafonds, waardoor het net lijkt of men heel veel keuze heeft, maar het aanbod in de praktijk rap gevuld is. Ik heb de NZa gevraagd specifiek toezicht te houden op de manier waarop de contractering heeft plaatsgevonden, wat de verzekeraars op hun site hebben gezet over het aanbod van gecontracteerde aanbieders en hoe de omzetplafonds in de praktijk hebben uitgepakt. De NZa doet ook hiernaar onderzoek.

Mevrouw **Leijten** (SP): In het najaar heb ik Kamervragen gesteld over de opnamestop die Verslavingszorg Noord Nederland (VNN) heeft moeten afkondigen voor Achmea, de grootste zorgverzekeraar in het land. Kan ik uit de antwoorden van de Minister opmaken dat dit onrechtmatig is geweest? Men kon immers in het afgelopen jaar nog niet in de polis lezen dat men niet bij Achmea terechtkon en dat men anders had moeten kiezen, als men verslavingszorg dacht nodig te hebben. De eis dat dit helder uit de polis moet blijken, is immers pas van het afgelopen jaar. Hoe oordeelt de Minister over die opnamestop?

Minister **Schippers**: We hebben stappen genomen met betrekking tot de transparantie. Er zijn veel jaren geweest dat de verzekeraar niet op zijn site hoefde aan te geven wie hij gecontracteerd had. Dat was zo onder de Ziekenfondswet, maar ook in de eerste jaren van de Zvw. Sterker nog: we weten allemaal dat instellingen soms pas werden gecontracteerd in het jaar waarvoor men eigenlijk al ergens verzekerd was. De contractering is nog steeds niet helemaal strak afgerond voor november. Er zijn echter wel enorme omslagen gemaakt, zodat patiënten veel sneller weten waar ze aan toe zijn. Het is ontzettend belangrijk dat er een doorverwijsplicht bij wachtlijsten bestaat. Als er ergens een wachtlijst bestaat of als men tegen een omzetplafond aanloopt, moet de verzekeraar een actieve rol spelen. Volgens de NZa moet die rol actiever worden opgepakt en ik ga daarop toezien.

Mevrouw **Leijten** (SP): We zullen dat in de gaten houden. Mijn vraag was eigenlijk een andere en die had ik ook al schriftelijk gesteld. Verslavingszorg Noord Nederland is een gespecialiseerde instelling in Noord-Nederland voor verslavingszorg, gezinsverslavingszorg en noem maar op. De grootste zorgverzekeraar heeft geen contract met deze instelling of het contract is vol, om het zo maar even te zeggen. Welk gevolg heeft dit voor de patiënt? Hoeveel patiënten zijn noodgedwongen overal in het land geplaatst, omdat ze niet terechtkonden bij Verslavingszorg Noord Nederland? Houdt de Minister of de NZa daar toezicht op?

Minister **Schippers**: De NZa houdt toezicht op het nakomen van de zorgplicht door de zorgverzekeraar. Daarvoor is de NZa ook in het leven geroepen. We hebben in Nederland al jaren geen contracteerplicht meer. Niet iedere instelling hoeft dus gecontracteerd te worden. Er kunnen contracten met omzetplafonds zijn. Hierbij zijn twee zaken cruciaal. Ten eerste: als een verzekerde zorg nodig heeft en die niet bij een bepaalde instelling kan krijgen, moet de verzekeraar hem doorgeleiden naar een andere instelling. Dat is zorgplicht. Ten tweede: de zorgverzekeraar moet voldoende zorg ingekocht hebben. De NZa houdt er toezicht op of dit ook daadwerkelijk gebeurt.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Als je naar een popconcert gaat, weet je van tevoren hoeveel plaatsen er zijn en dus hoe snel je je moet inschrijven om ervoor te zorgen dat je een plekje hebt. Er is nu afgesproken dat de zorgverzekeraars een omzetplafond moeten melden. Er is echter nergens opgenomen dat ze ook duidelijk moeten maken hoeveel plekken er in het stadion zijn, dat wil zeggen hoeveel plekken er zijn om bijvoorbeeld door psychiater Groen behandeld te worden. De patiënt weet niet waar hij aan toe is, omdat hij niet weet hoeveel plekken er zijn. Dat is toch gewoon hartstikke intransparant?

Minister **Schippers**: We noemen het wel eens de informatieparadox. We maken een enorme stap in de informatievoorziening aan patiënten die eerst helemaal niets wisten. De patiënten weten nu steeds meer, maar de verontwaardiging over wat ze nog niet weten, neemt navenant toe. Dat is een bekend verschijnsel in de wetenschappelijke literatuur. De patiënt

weet steeds meer over de contractering, voordat hij besluit een bepaalde polis te nemen. Het punt is dat de verzekeraar natuurlijk niet van tevoren weet waar de patiënt heen wil. Bij het contracteren weet hij niet welke patiënten met welke voorkeuren hij krijgt. Een verzekeraar kan op verschillende manieren aanbieders contracteren voor zijn naturapolis. Hij kan bijvoorbeeld bij twee instellingen alles contracteren wat hij volgens de statistieken nodig heeft voor zijn patiënten. Dat betekent dat de keuzemogelijkheid van de verzekerde beperkt is tot twee aanbieders. Vaak zijn er geen omzetplafonds als de contractering heel erg geconcentreerd is. Er zijn ook verzekeraars die hun verzekerden meer keuzevrijheid willen geven en veel meer aanbod contracteren. Deze verzekeraars moeten wel werken met omzetplafonds vanwege een andere doelstelling, namelijk dat de zorg betaalbaar moet blijven. Daarom hebben we afgesproken dat de volumes in de hand moeten worden gehouden. Er is consensus dat een verzekeraar die bijna niets contracteert, geen goede sier op zijn site mag maken in de trant van: kijk mij eens, ik heb die en die instelling gecontracteerd. Dat is misleiding. De NZa doet daar specifiek onderzoek naar en bekijkt of en hoe het gebeurt. Als toezichthouder kan de NZa eventueel ook ingrijpen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Deze discussie is ontstaan omdat mensen willen weten of ze aan het einde van het jaar nog terechtkunnen bij de arts bij wie ze al jaren lopen, ongeacht of het nu in de ggz of in de medisch-specialistische zorg is. De Minister heeft toen terecht gezegd dat ze ging kijken naar een oplossing. Als oplossing is gekozen voor het melden van omzetplafonds. Dit geeft de patiënt aan het begin van het jaar eigenlijk niet meer inzicht. Is dit wel de juiste oplossing?

Minister **Schippers**: Waar de patiënt eerst niets wist, weet hij nu veel meer. De vraag is hoe een systeem steeds verbeterd kan worden. Dit is niet het eindstation. Het is belangrijk dat de NZa bekijkt of datgene wat wordt gepubliceerd, voldoende inzichtelijk is. Ik kan me voorstellen dat we in de toekomst weer stappen nemen. Het zegt de patiënt namelijk ook niets als de verzekeraar aangeeft dat hij 1.000 plaatsen heeft. De patiënt kan niet inschatten wat dat voor hem betekent. Hoe we het dan moeten vormgeven is een andere vraag. Ik deel met mevrouw Bruins Slot dat het maximaal informeren van de patiënt een ambitie is. Daarin zetten we stappen. Is dit het ideale plaatje? Nee, dat is het niet. Een andere optie is het verbieden van omzetplafonds, maar dat wil ik zeker niet. Dat betekent dat men veel minder keuze in polissen krijgt. Dit dilemma lossen we niet een-twee-drie op. We moeten met elkaar bekijken hoe we steeds een stapje verder kunnen komen bij het informeren van mensen die kiezen voor een naturapolis.
Voorzitter. De PvdA vroeg mij wat ik ervan vind dat zorgverzekeraars specialistische ggz-zorg door niet-gecontracteerde zorgaanbieders aan de verzekerden uitbetalen en niet rechtstreeks aan de zorgaanbieder, omdat dit tot grote problemen kan leiden als mensen schulden hebben. Dat is natuurlijk zo. Als een verzekerde schulden heeft, bestaat de kans dat hij de rekening niet betaalt aan de zorgaanbieder, waardoor de zorgaanbieder incassoproblemen op de schulden van de verzekerde krijgt en de schulden van de verzekerde kunnen oplopen. Het leidt tot ongewenste situaties. Ik zal met de zorgverzekeraars overleggen over hun motivatie om het op de genoemde manier te doen en de oplossingen voor dit probleem verkennen.
De vraag of de zorgaanbieder zijn geld op tijd kan krijgen, is een beetje hiervan afgeleid. Zorgaanbieders en -verzekeraars maken zelf afspraken over wat er wordt geleverd op welke termijn tegen welke prijs en over de manier waarop de betalingen plaatsvinden. Daarbij worden overigens ook afspraken gemaakt over omzetplafonds, de manier waarop de aanbieders omgaan met dreigende wachtlijsten en met de vraag of ze dan toch

nieuwe patiënten kunnen accepteren. Dit soort afspraken, dus ook over de betaling, wordt gemaakt tussen de verzekeraars en aanbieders. Over de continuïteit van zorg, inclusief doorverwijzingen en screenings, hebben in de afgelopen periode overleggen plaatsgevonden, altijd in het kader van de bestuurlijke akkoorden en het jaarrekeningtraject. Het uitgangspunt is dat zorgverzekeraars een zorgplicht hebben en dat de NZa daarop toeziet.
Mevrouw Ellemeet vroeg naar de rente en de leningen. Ze zegt dat de rentes steeds toenemen en dat een van de oorzaken hiervan is dat de verzekeraars als eerste recht doen gelden op gebouwen en dergelijke, als er problemen ontstaan. We zien wel degelijk dat er een probleem ontstaat met stijgende rentes. Niet alleen ggz-instellingen hebben hiermee te maken. Het geldt ook voor ziekenhuizen. Het heeft twee oorzaken. Ten eerste zijn de eisen aan de banken opgeschroefd waardoor de krediet-kraan is dichtgedraaid. Men leent dus minder gemakkelijk uit. Ten tweede zijn de risico's voor de instellingen toegenomen in het systeem. Dat is een groot probleem. Daarom heb ik een wetsvoorstel gemaakt om de investeringsmogelijkheden in instellingen te vergroten. Dit voorstel ligt ter behandeling voor bij de Eerste Kamer. De rentes zakken als we ervoor zorgen dat het eigen vermogen van instellingen toeneemt doordat bijvoorbeeld iemand investeert in een instelling. Dit is een oplossing voor een weliswaar sluimerend, maar aanzienlijk probleem.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks): Ik heb signalen gekregen dat het probleem ook te maken heeft met het feit dat bij faillissement de zorgverzekeraars als eerste recht hebben op de gebouwen. Hierop krijg ik graag een inhoudelijke reactie van de Minister.

Minister **Schippers**: Het zijn private instellingen en die leveren aan en doen zaken met andere private instellingen. Daarbij worden allerlei regels afgesproken. Dit is er een van. Het probleem neemt toe. Ik heb de NVB hierover gesproken. Ik heb een oplossing geboden die ook de banken goed vinden en waarin ze veel kansen zien. Die oplossing ligt momenteel in een wetsvoorstel in de Eerste Kamer.
Ik kom bij De Riethorst. Hierover zijn verschillende vragen gesteld, onder andere of de ggz-zorg voor mensen met gehoorproblemen in gevaar komt. Het is evident dat mensen met gehoorproblemen, slechthorende of dove mensen, goede toegang moeten hebben tot de ggz-zorg en dat deze moet worden geleverd. Het is ook evident dat in ons systeem zorgverzeke-raars en zorgaanbieders de verantwoordelijkheid hebben om voor deze groep patiënten voldoende passend zorgaanbod beschikbaar te houden en dat ze die verantwoordelijkheid ook moeten nemen. Voor het geval dat de ggz-zorg voor doven en slechthorenden een beperkt onderdeel van het aanbod van een aanbieder is, heb ik een mogelijkheid voor max-max-tarieven gemaakt, zodat men op die manier een marge heeft om de problemen op te lossen. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders kunnen dan een maximaal 10% hoger tarief afspreken over het gehele aanbod van de instelling, wanneer een instelling relatief zware zorg levert. In mijn ogen geeft dit instrument voldoende mogelijkheid om de instellingen in 2015 passend te financieren. Gezien de signalen van mevrouw Dik-Faber zal ik met de zorgverzekeraars in gesprek gaan om zicht te krijgen op de belemmeringen bij de inkoop en de manier waarop ze denken hun zorgplicht ten aanzien van deze groep te vervullen. Voor deze groep patiënten zit deze zorg immers in het pakket en valt deze gewoon onder de regels. Ik zal de NZa vragen te onderzoeken of er verbeteringen in de bekostiging mogelijk zijn. In antwoord op Kamervragen heb ik toegezegd de Kamer hierover nader te informeren. Ik streef ernaar om dit binnenkort te doen.

Mevrouw **Dik Faber** (ChristenUnie): Ik ben heel blij met de toezegging van de Minister om het gesprek aan te gaan met de zorgverzekeraars,

omdat tot nu toe slechts één zorgverzekeraar de max-maxtarieven hanteert. De Minister gaf voorts aan dat ze de NZa vraagt te kijken naar een structurele bekostiging. Moet ik het inderdaad zo interpreteren dat de NZa daar onderzoek naar gaat doen? Graag krijg ik een iets uitgebreidere toelichting.

Minister **Schippers**: Ja, de NZa gaat daar onderzoek naar doen. Er werd gevraagd of ik mogelijkheden zie om ruimte voor doventolken te geven in de dbc's. Dit valt ook onder het onderzoek naar mogelijke verbeteringen in de bekostiging, waartoe ik de NZA opdracht heb gegeven. We hebben nu de max-maxbekostiging. Als die niet loopt, moeten we kijken naar een manier waarmee we kunnen regelen dat het wel loopt. Het is dus een onderdeel van het gesprek met de zorgverzekeraars en een onderdeel van het onderzoek.
Ik kom bij de wachtlijsten. We hebben het gelezen in de brief van de NZa die bij de marktscan ggz zat. De NZa zal de aanbieders die een wachttijd hebben die de Treeknormen overschrijdt, verplichten om aan de patiënten te melden dat ze bij hun verzekeraar kunnen informeren naar alternatieve behandelmogelijkheden. Verzekeraars moeten op hun website hun verzekerden informeren over de Treeknormen en de hulp die ze kunnen bieden bij het zoeken naar een andere behandelaar, als er sprake is van een te lange wachttijd. Ik zei net al dat de NZa meer en diepgaander onderzoek zal doen om de wachttijden goed te kunnen beoordelen. Mevrouw Bruins Slot had gelijk dat het onderzoek een algemeen beeld geeft en dat er soms specifieker ingezoomd moet worden. Ik zal de NZa vragen of het wenselijk en mogelijk is om ook aanbieders van generalistische basis-ggz en intramurale ggz te verplichten de wachtlijst en wachttijden op hun website te melden.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik ben heel blij met de toezegging van de Minister dat de NZa de cijfers beter gaat uitwerken om zo een beter beeld te krijgen van de oorzaken van de wachtlijsten. Neemt de NZa ook het feit mee dat wachtlijsten kunnen samenhangen met de zorgverzekeraars?

Minister **Schippers**: Ja, dat is logisch. We zullen moeten bekijken hoe er is ingekocht. Ten aanzien van de zorgplicht heeft de NZa sowieso een taak. Het is dus een evident onderdeel.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Dat is een goede stap vooruit. De volgende vraag is natuurlijk wanneer de NZa dit betere beeld kan doen toekomen aan de Kamer.

Minister **Schippers**: De NZa neemt het mee bij de eerstkomende marktscan. Dat is dus in het eerste kwartaal van 2015. Hetzelfde geldt ook voor de crisis-ggz, waarover ik net al wat heb gezegd. Met de komende marktscan zal de NZa ook bekijken hoe het bij de crisis-ggz zit met de wachttijden. Het is niet voor niets crisis-ggz. Ik zal vragen om, indien mogelijk, het onderwerp van de crisisbedden daarbij te betrekken.
Ik ga verder met de basis-ggz, POH-ggz en screening. Een belangrijke schakel bij de ontwikkeling hierin is de generalistische basis-ggz. We moeten bekijken hoe die een goede plek kan krijgen tussen de huisarts met zijn POH-ggz aan de ene kant en de gespecialiseerde ggz aan de andere kant. Er is een rapportage over de monitor naar de Kamer gezonden. De gegevens hieruit zijn nog te summier om er conclusies aan te kunnen verbinden. Daarover hebben we al gesproken. Ik verwacht de Kamer na de zomer van 2015 de volgende rapportage te kunnen sturen. In de tussentijd blijf ik met de hierbij betrokken partijen de ontwikkeling nauwgezet volgen.
De sociaalpsychiatrisch verpleegkundigen (spv'ers) verrichten veel en goed werk in de ggz, zowel ambulant als intramuraal. Hun werk wordt

hoog gewaardeerd, ook door de patiënten. Het is van belang dat deze zorg voldoende wordt ingekocht en dat er een goede samenwerking is tussen de spv'ers en het maatschappelijke domein. Met de nieuwe ketenbenadering waarvan onder andere de POH-ggz en de basis-ggz deel uitmaken, en de nieuwe bekostiging van de wijkverpleegkundigen, wordt daaraan een impuls gegeven.
Het screeningsinstrument is al eerder in de Kamer aan de orde geweest. Het screeningsinstrument is een belangrijk instrument dat ingezet wordt door verzekeraars, maar door het veld is ontwikkeld. Het is ontwikkeld door het NHG en andere partijen. Het kan ingezet worden door de verzekeraars. Het feit dat ze het inzetten is een positief signaal. Ze geven daarmee aan dat ze daadwerkelijk aan de slag te willen op basis van de normen en richtlijnen van het veld. Gebruik van het screeningsinstrument vind ik juist een professionalisering en een verbetering van de zorg aan de patiënt. Het is altijd aan de zorgprofessional om op basis van de eigen klinische blik te besluiten het advies al dan niet op te volgen. Het screeningsinstrument is dus een hulpmiddel.
Ik ga verder met vragen over de suïcidepreventie en de medicatie. In het kader van de landelijke agenda heeft de implementatie van de richtlijnen de aandacht. Ik zal de Kamer binnenkort informeren over de uitvoering van de suïcideagenda waarover we al eerder hebben gesproken. Daarin zal ik dus de suïcidepreventie en de implementatie van de afspraken meenemen. Ook 113Online, de financiering hiervan en de bevordering van de gatekeepertrainingen zullen hierin aan de orde komen.
Er zijn heel veel initiatieven om de depressiezorg te verbeteren. Daarbij wordt het voortouw door verschillende partijen genomen: de zorgverzekeraars, maar ook de beroepsgroep en het departement, veelal via de inzet van Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM). In 2006 heeft het Innovatiefonds Zorgverzekeraars een forse investering gedaan voor een landelijk meerjarig initiatief op dit terrein. In 2011 heb ik via de inzet van het IVM aandacht gevraagd voor een betere naleving van de depressierichtlijn. Met betrekking tot dit onderwerp heeft een meerjarig traject voor huisartsen en praktijkondersteuners plaatsgevonden. Gelet op de verantwoordelijkheid en omdat het de effectiefste manier is om hierin stappen te zetten, is het nu aan de zorgverzekeraars en de beroepsgroep om hiermee aan de slag te gaan. Met de Benchmark Voorschrijven, die gezamenlijk met de zorgverzekeraars wordt gefinancierd, is er gerichte informatie over het voorschrijfgedrag van artsen. Op basis van deze benchmark kan daadwerkelijk de meest gerichte en effectieve interventie worden ingezet. Je kunt daarbij denken aan scholing of andere interventies om terughoudender te gaan voorschrijven. Dat kan natuurlijk ook belangrijk zijn voor de contracteringsafspraken die je als zorgverzekeraar maakt.
De heer Van Wijngaarden merkte zeer terecht op dat antidepressiva heel nuttig en levensreddend kunnen zijn. Het is van belang dat stoppen met antidepressiva in overleg met de arts plaatsvindt en dat afspraken worden gemaakt over een afbouwschema. Dat luistert heel erg nauw. Natuurlijk is het belangrijk dat deze middelen alleen worden voorgeschreven als daartoe een noodzaak bestaat. De multidisciplinaire richtlijn is in 2010 aangepast en is dus nog relatief recent. De richtlijn gaat uit van stepped care. Nieuw element van de richtlijn is dat er altijd gestart wordt met de basisinterventies psycho-educatie, actief volgen en dagstructurering. Het is van groot belang dat de richtlijn nageleefd wordt.
Ook in het nieuwe zorgpad Depressie wordt aandacht besteed aan terughoudendheid met betrekking tot antidepressiva. Bij lichte en matige depressies, die in de huisartsenpraktijk het meest worden gezien, is farmacotherapie niet aangewezen als eerstekeuzebehandeling. Er wordt aanbevolen de behandeling periodiek te monitoren. Om het voorschrijfgedrag inzichtelijk te maken wordt jaarlijks de Benchmark Voorschrijven huisartsen uitgebracht door het IVM. Ook hierbij kunnen we duidelijke

verbeteringen aanbrengen. We maken multidisciplinaire richtlijnen en die maken we niet voor niets. Met «wij» bedoel ik het gehele zorgveld en iedereen die daarbij betrokken is. In de contractering moet het naleven van multidisciplinaire richtlijnen, en überhaupt het naleven van veldnormen en richtlijnen, een steeds belangrijker rol spelen. Als verzekeraars hier massaal en uniform naar kijken, worden de ontwikkelde richtlijnen uiteindelijk door het veld zelf opgepakt en uitgevoerd.
In 2014 is het materiaal ten behoeve van het farmacotherapeutisch-overleg (FTO) aangepast. Vorig jaar is dit gebeurd met het materiaal dat bestemd is voor de behandeling van angststoornissen. Via het NHG zal ik aandacht vragen voor het behandelen van deze thema's in het FTO in het komende jaar. Met het materiaal kunnen ongeveer 800 FTO-groepen, verspreid over Nederland, worden bereikt. Dit kan ik de heer Van Wijngaarden toezeggen.
Er werd gevraagd of ik meer werk wil maken van het ontwikkelen van richtlijnen. Er is een netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz. Dit heeft recentelijk een groot aantal projecten voor zorgstandaarden en generieke modules goedgekeurd. Dit zijn modules die op verschillende aandoeningen van toepassing zijn, bijvoorbeeld Arbeid als medicijn en Dwang en drang. Een en ander moet ertoe leiden dat over twee jaar een groot aantal zorgstandaarden beschikbaar is. Ik zal het Kwaliteitsinstituut vragen hier bovenop te zitten en ervoor te zorgen dat eventuele hiccups, vertragingen of een kink in de kabel snel opgelost worden. Daarnaast moeten vrijgevestigden ROM-gegevens gaan aanleveren. Daardoor zal er meer zicht op de kwaliteit van zorg ontstaan, waarmee de verzekeraar bij zijn inkoop rekening kan houden.
Er werd gezegd dat de digitale informatie-uitwisseling in de ggz achterloopt op de rest van de zorg. Voor de gehele zorg is het ongelooflijk belangrijk dat de digitale informatie-uitwisseling met ketenpartners goed geregeld is. Volgens mijn informatie en kennis loopt de ggz hierin niet specifiek achter ten opzichte van de andere sectoren. In het algemeen maken ggz-instellingen deel uit van regionale digitale uitwisselingssystemen. Er zijn standaarden voor de uitwisseling van verwijzing door de huisarts, de ontslagbrief naar de huisarts en de periodieke rapportage. In de ggz is de richtlijn Medicatieoverdracht van kracht. Alle tweedelijns-ggz-instellingen gebruiken een elektronisch patiëntendossier. Van de psychiaters in de eerste lijn houdt 87% het dossier elektronisch bij. Bij huisartsen en specialisten is dit respectievelijk 98% en 75%. Dit wil natuurlijk niet zeggen dat er helemaal geen probleempjes meer spelen, maar die spelen in de gehele gezondheidszorg. Het is evident dat er aandacht naar de uitwisseling gaat in zo'n informatievolle sector. Een herkenbaar probleem, dat ook verder in de gezondheidszorg speelt, is dat systemen informatie niet gemakkelijk elektronisch kunnen uitwisselen. Dit speelt ook in de ggz. Het vernieuwen en verbeteren van digitale informatiesystemen is een heel ingewikkeld proces, waarbij de wensen van zorginstellingen niet altijd kunnen worden vervuld door de systeembouwers. De sector geeft aan dat de standaard voor de richtlijn Huisarts en specialist bij verwijzen naar de ggz nog geüpdatet moet worden vanwege de invoering van de basis-ggz en de gespecialiseerde ggz. De veldpartijen moeten de update van deze richtlijn oppakken. Overigens zit de sector ook in het informatieberaad. Niet alles zal lopen zoals we graag willen, maar in vergelijking met de rest van de zorg is het probleem in de ggz niet groter.
Er werd gevraagd wat ik van het advies van het Zorginstituut vind om «andere gespecificeerde stoornis» niet meer tot de verzekerde zorg te rekenen en of ik de implicaties daarvan zie. Ik heb het advies net gekregen. Het is gebruikelijk dat ik het eerst goed bestudeer en vervolgens een oordeel vorm. Ik kan de commissie geruststellen dat we in ieder geval de uitnodigingen naar de betrokken partijen de deur al hebben uitgedaan, zoals bij ons gangbaar is voor een advies van het Zorginstituut.

Ik kom bij het blokje Overig. GroenLinks vroeg of ik gedwongen zorg wil vrijstellen van het eigen risico. Het uitgangspunt in de Zvw is dat het verplichte eigen risico geldt voor alle zorg, behalve uiteraard voor de al gemaakte uitzonderingen. Er zijn ontzettend veel zorgvormen die heel belangrijk zijn en toch onder het eigen risico vallen. Ik ben niet voornemens om delen van de zorg uit het eigen risico te halen.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks): Ik begrijp dat de Minister kritisch moet kijken naar de zorg die binnen het eigen risico moet vallen. Gedwongen zorg is echter een vorm van zorg waarbij geen sprake is van een eigen keuze en die soms onterecht blijkt te zijn. De praktijk is dat de compensatie hiervoor niet altijd hersteld wordt in het eigen risico. Wil de Minister nogmaals grondig onderzoeken wat de voors en tegens zijn om deze vorm van zorg buiten het eigen risico te houden?

Minister **Schippers**: Die argumenten gelden ook voor vormen van medisch-specialistische zorg. Er zijn heel veel vormen van zorg, waarin je geen eigen keuze hebt en waarin je gewoon naar een medisch specialist moet, omdat je een bepaalde behandeling nodig hebt. Er worden ook in de medisch-specialistische zorg fouten gemaakt waardoor je je eigen risico deels kwijtraakt, bijvoorbeeld omdat je een ander traject bent gegaan. In mijn ogen valt de ggz hierbij in eenzelfde categorie als de somatische zorg.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks): Ik zie wel een verschil met een gedwongen opname. Dat betreft vaak mensen die kwetsbaar zijn, ook financieel, en voor wie een gedwongen opname soms een traumatische ervaring kan zijn, omdat het onterecht is. En dan worden ze ook nog gestraft met een eigen risico. Ik vraag de Minister nogmaals om opnieuw een afweging te maken.

Minister **Schippers**: Ik zie het eigen risico niet als een straf. Als we dingen uit het eigen risico halen, wordt de premie verhoogd. De zorg moet betaald worden. Wat je uit het eigen risico betaalt, hoef je niet uit de premie te betalen, en andersom. Er is geen free lunch. Ik zie ook gedwongen zorg als nodige zorg. Je betaalt dus gewoon een deel van de zorg zelf, zoals in de gehele Zvw.
Er werd gevraagd of ik de inzet van ervaringsdeskundigen beter wil regelen. Ik ben het eens met de leden die aangeven dat er een belangrijke rol is weggelegd voor mensen die ervaringsdeskundig zijn. Onderzoek heeft geleid tot de schatting dat er inmiddels 1.500 betaalde ervaringsdeskundigen werkzaam zijn in de ggz. Die worden ontzettend geprofessionaliseerd. Ze mogen op dit moment geen tijd schrijven in een dbc. Het traject waarin de mogelijkheden en de meerwaarde en minderwaarde worden onderzocht, loopt in overleg met de NZa. Er wordt bekeken op welke manier een en ander het beste vorm gegeven kan worden.

De **voorzitter**: Kunt u aangeven wanneer NZa met de uitkomsten hiervan komt?

Minister **Schippers**: Dat weet ik niet. We moeten later terugkomen op de vraag op welke termijn daarover uitsluitsel komt. Er wordt geprobeerd even contact te leggen. Als dat lukt, kom ik er in de tweede termijn op terug. Als het niet lukt, kom ik er later op terug.
Ik kom op het punt van de overgang van 18-min naar 18-plus na overheveling van de jeugd-ggz. Het is altijd een nadeel, als je niet één regime voor alles hebt. Zodra je schotten hebt en een andere aansturing, heb je problemen. Ik ben het met iedereen eens dat we moeten proberen de problemen op de vlakken waar de grootste risico's liggen, zo klein mogelijk te houden. Dat geldt sowieso bij overdrachten; laat staan bij

overdrachten waarbij de zorg anders wordt georganiseerd. Er is heel veel veranderd in dit traject, doordat de jeugd-ggz naar de gemeenten is gegaan. Daaraan liggen allerlei argumenten ten grondslag, met name dat je daarmee de samenwerking verbetert. Er zijn echter domeinverschillen en andere verschillen. We zijn alert op problemen die kunnen ontstaan, nu we met een nieuw systeem bezig zijn. We moeten er goed op letten dat we er zicht op houden.

Een eigen bijdrage jeugd-ggz staat morgen op de agenda bij de Staatssecretaris en daar wil ik het ook laten. Er werd gevraagd of ik bereid ben een kindcheck te garanderen. In de Wet verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling is de kindcheck al meegenomen. Volgens die wet moet men werken met de meldcode. Dat geldt ook voor de ggz en de verslavingszorg. Bij AMvB is daarvoor een aantal minimumeisen gesteld: de vijf stappen van de meldcode. De kindcheck geldt ook voor de ggz en is met name bedoeld voor professionals die met volwassenen werken. Verslaafde ouders of ouders met een ernstige psychiatrische aandoening zijn daarbij expliciet als aandachtsgroep benoemd. Ik erken het belang van een vroegtijdige signalering van en goede zorg voor KOPP-kinderen (Kinderen van Ouders met Psychische Problemen) of KVO-kinderen (Kinderen van Verslaafde Ouders), vooral daar waar domeindiscussies zijn. Ik kan me nog goed herinneren dat we het er in de Kamer weleens over gehad hebben of die kinderen wel goed zitten bij de gemeente. Sinds dat debat is er wel degelijk aan gewerkt. Er wordt gewerkt aan een implementatieplan voor de kindcheck. De implementatie moet met de sector tot stand worden gebracht. In de eerste helft van 2015 laat ik een quickscan uitvoeren naar het gebruik van de meldcode. Ik zal de kindcheck daarin expliciet meenemen.

Er werd gevraagd of ik de hoogrisicogroepen in kaart wil brengen om te voorkomen dat de mensen uit deze groepen tussen wal en schip vallen of dat hun niet tijdig zorg wordt geleverd. Ik ben het natuurlijk met iedereen eens dat zorg goed geborgd moet worden en dat ook preventieve zorg aandacht moet krijgen. Je kunt beter in een vroeg stadium ingrijpen. De bedoeling van alle veranderingen die we uitvoeren, is dat de zorg beter geregeld wordt en dat we er sneller bij zijn. Ik denk aan de POH-ggz. Het is de bedoeling dat we de zorg ambulant en veel dichter bij de patiënten in de buurt inrichten. Partijen in het veld zijn bezig om een goed screeningsinstrument te ontwikkelen. We hebben voor de verzekerden in de ggz een scherpe scheidslijn tussen klachten en stoornissen afgesproken. Het is echter wel van groot belang dat er een goede inschatting van de situatie en de zorgbehoefte wordt gemaakt. Het is dus cruciaal dat de huisarts, de POH-ggz en het maatschappelijk werk bij klachten of problemen die reden van zorg kunnen zijn, een rol van betekenis spelen. Deze mensen zijn ook gekwalificeerd om een en ander goed op te pakken.

De sociale wijkteams zijn voldoende alert om de migrantenjeugd te bereiken. Door de ingezette stelselwijziging wordt de gemeente juist in de positie gebracht om ook de groepen te bereiken die tot nu toe te weinig bereikt werden en te veel aan het oog van de hulpverlening onttrokken waren. De manier waarop dit gedaan wordt, is aan de gemeenten. De inzet is dat de sociale wijkteams een verbeterslag tot stand brengen in de verbinding tussen de zorg en het sociale domein.

Stigmatisering is een groot probleem. We zijn zeer gemotiveerd om daar een einde aan te maken, maar het is wel een erg hoge ambitie. We zijn in ieder geval van plan om grote stappen te zetten. In september heb ik daarom samen met de Staatssecretaris een congres georganiseerd: Anders denken over psychiatrische aandoeningen. Daarin heb ik dit punt geagendeerd. Ik had de Minister-President gevraagd om het te openen. Zoals we somatische problemen kunnen krijgen met onze gezondheid, kunnen we ook problemen krijgen met onze geestelijke gezondheid. Daarop ligt echter een stigma en we moeten met elkaar bekijken hoe we dat stigma van de ggz-zorg kunnen wegnemen. Dit wilde ik met dat

congres aangeven. Het is goed bezocht door patiënten, cliënten, behandelaren, werkgevers, wetenschappers et cetera. We hebben afspraken gemaakt met de sector en op grond daarvan wordt de stichting Samen Sterk zonder Stigma gefinancierd. Die stichting verbetert de beeldvorming rond psychische aandoeningen. Daarvoor hebben ze een integrale aanpak: agenderen, stimuleren, verbinden en emanciperen.
Via de stuurgroep Bevordering participatie van mensen met psychische problemen pakken de Staatssecretarissen van SZW – want werk is heel erg belangrijk – en VWS de handschoen op om mensen niet aan de kant te laten staan als ze een psychisch probleem hebben en te bekijken op welke manier we die mensen maximaal kunnen betrekken en laten meedoen in de samenleving. Het wegnemen van stigma's is daarbij belangrijk. In de stuurgroep wordt bekeken hoe SZW en VWS systemen en wetgeving beter kunnen laten aansluiten, zodat mensen met psychische problemen kunnen instromen in de maatschappij en in werk. Begin februari 2015 organiseren de Staatssecretarissen van SZW en VWS een congres om hierin nieuwe stappen te kunnen zetten.
Ook internationaal staat het onderwerp op de agenda. De OESO heeft onlangs een rapport uitgebracht, waaraan mevrouw Dijkstra refereerde: Mental health and work: the Netherlands. De bewindslieden van SZW hebben dit rapport begin december toegestuurd gekregen. In maart praten we met acht landen waarover de OESO ook een dergelijk rapport heeft uitgebracht. We zijn voornemens om in die bijeenkomst te participeren.

Voorzitter: Bruins Slot

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Ik heb de Minister gevraagd naar haar doelstelling. Ik heb ook gevraagd of de doelstelling van de OESO, namelijk dat we over vijf jaar op het niveau van het OESO-gemiddelde liggen, ook haar doelstelling is.

Minister **Schippers**: Ik weet niet of die op deze manier in het plan van aanpak is geformuleerd. De kracht van het plan van aanpak is dat het niet van mij is en dat ik niet zeg hoe we het gaan doen, maar dat VWS en SZW hierin participeren, evenals de patiënten, hulpverleners en zorgverleners zelf. De kracht van het plan van aanpak is dat we met elkaar een robuust plan neerzetten. In de tweede termijn kom ik nog even terug op de percentages en de ambities die erin geformuleerd zijn.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Misschien kan ik het meteen aanvullen. Ik heb begrepen dat het percentage in Nederland een derde tot een helft hoger dan het OESO-gemiddelde ligt. Daarom vraag ik de Minister ook naar haar ambitie. Ik heb enige ervaring met stuurgroepen. Het is altijd heel leuk om tot maatregelen te komen, maar is wel goed om steeds een doel voor ogen te hebben om concreet in te vullen.

Minister **Schippers**: Dat ben ik met mevrouw Dijkstra eens. Tegelijkertijd is een stigma moeilijk te pakken en moeilijk te meten, omdat het vaak indirect in gedrag zit. Bij een interview zullen weinig mensen vallen in het vakje «ik heb grote vooroordelen». Je zult vaak een sociaal gewenst antwoord krijgen. Je ziet het echter in het gedrag. Daarom is het van belang dat we de slag naar bijvoorbeeld SZW maken, dat we de slag naar werk maken. Het is van belang dat we de slag maken naar een agenda met punten waarvan de patiënten vinden dat daarop daadwerkelijk stappen gezet moeten worden. Ik ben niet zo van vrijblijvende praatclubs. Anderhalf jaar geleden zijn we gestart met het project ter bevordering van participatie van mensen met psychische problemen. We hebben een enorme impuls gegeven met het genoemde congres waaruit allerlei acties zijn voortgevloeid. We laten het niet los. We starten het programma op en

in februari is er weer een nieuwe aanzet. Naar aanleiding van de bijeenkomst in OESO-verband zal ik aangeven welke resterende stappen, waaraan we zelf nog niet hadden gedacht, we nog zouden kunnen nemen.

De **voorzitter**: Wanneer kan de Minister die informatie naar de Tweede Kamer sturen?

Minister **Schippers**: We moeten uiteraard eerst de bijeenkomst van de OESO hebben gehad. Die is in maart. We moeten even kijken wat voor informatie we daar ophalen. Laat ik zeggen dat ik de Kamer er in ieder geval eind mei over informeer. We doen al heel veel, maar het kan best zijn dat andere landen concrete stappen of tips hebben, waarvan ik denk dat we die ook kunnen zetten of gebruiken.
De vraag werd gesteld hoe ik het rapport over mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen vertaal naar beleid. Er is een aantal aanbevelingen gedaan met het oog op de verbetering van zorg, begeleiding en ondersteuning van mensen met een ernstige psychiatrische aandoening. Er wordt bijvoorbeeld geadviseerd om regionale herstelacademies op te richten om de positie van patiënten en hun naasten te versterken door onder andere een aanbod van zelfhulp, innovaties, ondersteuning bij participatie en belangenbehartiging. Het Landelijk Platform GGZ zal hiervoor begin 2015 een voorstel doen. Daarnaast zijn we bezig met het maken van landelijke werkafspraken om tot goede randvoorwaarden te komen voor goede behandeling, begeleiding en ondersteuning. Hiervoor ligt een belangrijke verantwoordelijkheid bij de sector zelf. Hoe kunnen we de behandeling optimaliseren? Hoe kunnen we de kwaliteit van een behandeling verbeteren? Hoe kunnen we richtlijnen opstellen om ervoor te zorgen dat de praktijkvariatie afneemt? De veldpartijen werken aan innovatieprogramma's. Er komen stedelijke kompassen. Dit zijn beleidsplannen zoals die eerder zijn gemaakt voor de maatschappelijke opvang. Tot slot gaat het netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz een zorgstandaard maken.
Volgens mij heb ik hiermee alle vragen beantwoord.

Voorzitter: Pia Dijkstra

De **voorzitter**: Ik stel voor dat we overgaan naar de tweede termijn. Ik hanteer een spreektijd van twee minuten per fractie.

Mevrouw **Tanamal** (PvdA): Voorzitter. Ik dank de Minister voor de toelichting en de beantwoording van de vragen. Ik heb verder geen vragen of opmerkingen meer.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik meen me te herinneren dat de PvdA de Minister in de eerste termijn naar een visie vroeg. Is die vraag voldoende beantwoord? Heeft mevrouw Tanamal een visie gekregen over wachtlijsten, zorginkoop en mensen die tussen wal en schip vallen?

Mevrouw **Tanamal** (PvdA): De Minister heeft een reactie gegeven. Die vind ik afdoende.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter. Ik dank de Minister voor de antwoorden en voor de diverse toezeggingen om met diverse partijen in gesprek te gaan. Op een viertal punten heb ik nog een vraag of een opmerking. Mijn eerste vraag is of ik de Minister inderdaad heb horen zeggen dat het bestuursakkoord ggz is opgezegd. Wie heeft het bestuursakkoord ggz opgezegd?
Mijn volgende vraag betreft de beddenafbouw. In het rapport wordt inderdaad geconcludeerd dat er grote regionale verschillen bestaan in het aanbod en de beschikbaarheid van bedden binnen de ggz. We willen

natuurlijk dat de zorg in de regio ook goed is geregeld. De Minister schrijft dat de zorgaanbieders en -verzekeraars dit samen moeten oplossen. In hoeverre knelt de beschikbaarheid met de zorgplicht? Iemand heeft recht op zorg binnen een redelijke afstand en een redelijke termijn.
Ik dank de Minister voor de duidelijkheid over de omzetplafonds. Het is een stap vooruit, maar het blijft lastig. Kan de Minister de NZa vragen te bekijken voor welke vormen van ggz-zorg het meest een omzetplafond wordt gebruikt? De achterliggende reden voor mijn vraag is de volgende. Als we willen dat de ambulante zorg in gelijke mate groeit als de vraag van patiënten, kan deze zorg niet de meeste omzetplafonds hebben. Graag krijg ik hierover meer duidelijkheid.
Ik heb nog een laatste opmerking. Het is heel goed dat er een monitor voor de basis-ggz ligt. Ik neem altijd de moeite om die tot en met de bijlagen door te nemen. In bijlage 7 las ik waarop de monitor eigenlijk gebaseerd is. Met betrekking tot de huisartsen was dat op een interview met zeven huisartsen in drie regio's. Ik zou het prettig vinden als de kwalitatieve gegevens in een volgend rapport meer geobjectiveerd worden. Zeven interviews is een beetje aan de magere kant om harde conclusies uit te trekken.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks): Voorzitter. Ik dank de Minister voor haar toelichting bij een aantal vragen. Ze begon met de opmerking dat ze een gemengd beeld heeft en dat ze hier wel heel eenzijdige kritiek hoort. Ik erken dat er een gemengd beeld is. Ik zie ook goede ontwikkelingen. Ik wil de Minister een compliment maken voor de richting die de ggz met haar hulp heeft ingezet, namelijk de ambulantisering.
Ik ben blij te horen dat de Minister in gesprek is met de zorgverzekeraars over het standaardiseren van contracteisen. Dat kan een deel van een groot probleem bij de instellingen oplossen. De ggz-instellingen hebben echter steeds meer te maken met de gemeenten. Ik vraag de Minister om de VNG te betrekken bij de gesprekken over standaardiseren van contracteisen.
De Minister gaf aan dat ze overweegt om met betrokken partijen te spreken over regionale visies, aangezien het landelijke akkoord nu stil lijkt te liggen. Ziet de Minister daarin een rol voor zichzelf? Naar mijn idee heeft ze hierin een regierol op de uitvoering op regionaal niveau. Dat is van belang, omdat we pas ambulante zorg kunnen leveren als alle partijen goed samenwerken. Daarvoor is een regionale visie nodig. Het lijkt me dat de Minister hierin ook een verantwoordelijkheid moet nemen.
De Minister gaf aan dat ze alert zal zijn op de problemen die kunnen ontstaan bij de overgang van zorg voor minderjaren naar zorg voor meerderjarigen. Wanneer denkt ze met concrete oplossingen voor deze groep te komen? Er zijn nu al problemen bij een aantal van deze jongeren, omdat ze met dezelfde financiering niet hun vaste zorgverlener kunnen houden.

Mevrouw **Dik Faber** (ChristenUnie): Voorzitter. Ik dank de Minister voor haar antwoorden en toezeggingen in eerste termijn. Ik stip nog een paar punten aan die voor mijn fractie belangrijk zijn. Het eerste punt betreft de extramuralisering. We hebben al vastgesteld dat het heel belangrijk is dat de beddenafbouw hand in hand gaat met de ambulantisering. Die laatste blijft achter. Het zou goed nieuws zijn als dit komt doordat mensen adequaat geholpen worden bij de POH-ggz, zoals de Minister heeft aangegeven. Ik betwijfel echter of dit de enige uitleg is. Mij hebben signalen bereikt dat mensen echt op straat terechtkomen. Ik ben heel blij met de toezegging van de Minister dat ze in gesprek wil gaan met de politie, Federatie Opvang en andere betrokken organisaties. Ik hoop dat ze de Kamer snel over de uitkomsten van deze gesprekken zal informeren.
Ik dank de Minister voor haar toezegging op het gebied van ggz voor doven en slechthorenden. De oplossing voor de korte termijn zijn de

max-maxtarieven. Voor een oplossing op lange termijn krijgt de NZa opdracht om onderzoek te doen naar een goede manier waarop een en ander door de zorgverzekeraar gefinancierd kan worden. Ik hoor graag wanneer we hierover informatie krijgen. Laten we hopen dat de kortetermijnoplossing alleen voor dit jaar geldt en dat we volgend jaar al structurelere oplossingen kunnen bekijken.
Ik ben een beetje teleurgesteld over de antwoorden met betrekking tot suïcidaliteit. Ik snap dat er een agenda naar de Kamer gestuurd wordt, waarin ook 113Online en de gatekeepertraining een plek krijgen. De problemen zijn echter heel actueel en heel groot. Ik hoop dat we hierover op zeer korte termijn kunnen spreken. Heeft de ketenzorg een plek in de agenda? Ik heb gisteren iemand gesproken die vanuit zijn praktijkervaring aangaf dat men juist op de schakelmomenten, de transfermomenten, waarop iemand bijvoorbeeld van de huisarts naar de psycholoog overgaat, vaak even moet wachten. Dat zijn de kwetsbare momenten. Hoe kunnen we voorkomen dat mensen dan terugvallen?
De Minister heeft meer gedaan in het kader van stigmatisering dan ik vooraf hoopte. Ze kijkt niet alleen naar het rapport van het Trimbos-instituut, maar ook naar andere ministeries en zelfs over onze landsgrenzen heen. Daarvoor dank ik haar. Ik steun haar daarin graag.

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter. Mensen meer thuis behandelen, vroeger behandelen en sneller behandelen: die inzet is natuurlijk prima. De Minister geeft alleen geen antwoord op de geluiden dat het risico bestaat dat mensen tussen wal en schip vallen, omdat de beddenreductie te snel gaat en de opbouw van de eerstelijnshulp en vroegtijdige hulp achterblijft. De Minister gaat monitoren en ze gaat in gesprek. Wat is het risico als een en ander geen gelijke tred houdt?
De Minister heeft het erover dat de keten centraal moet staan. Ik vraag me af of het beleid daarop überhaupt gericht is. Iemand uit het zorgveld, een zorgaanbieder, meldt mij: de positie van zelfstandig gevestigde psychiaters staat door de combinatie van tariefkortingen en toegenomen concurrentie erg onder druk, waardoor een essentiële groep in de ketenzorg dreigt weg te vallen; dat geldt voor onze regio, maar hopelijk niet voor alle regio's. Tot zover. Dit komt door de zorginkoop. Het is mooi om het te hebben over «de keten», maar wordt er überhaupt rekening gehouden met de keten? Ik ben teleurgesteld dat de Minister niet wil toezeggen om een inhoudelijke onderbouwing van de beddenreductie te maken. Die lijkt nu geldgedreven en cijfergedreven, maar niet inhoudelijk gedreven. Daarmee stevenen we af op kapitaalvernietiging. Iets afbreken wat we over een paar jaar weer nodig hebben, heet kapitaalvernietiging. Ik vraag de Minister met klem om snel een inhoudelijke onderbouwing van de beddenreductie te maken. Als ze dit niet wil toezeggen, zal ik daarover een motie indienen.
We hebben allemaal aandacht gevraagd voor kinderen van verslaafde ouders of ouders met psychische problemen. Dat hebben we in het verleden gedaan. In dit debat deed de woordvoerder van de PvdA het. Ik heb het in het najaar gedaan door middel van schriftelijke vragen. Er zijn namelijk signalen dat zorgverzekeraars vinden dat, als de ouders in behandeling worden genomen, de kinderen geen behandeling nodig hebben, omdat die nog geen hulpvraag hebben geformuleerd. We weten hoe kwetsbaar die kinderen zijn. We weten dat juist deze kinderen door hun leefomstandigheden met ouders met een verslaving of psychische problemen een risico lopen. Wil de Minister hiernaar kijken? Ik vroeg in eerste termijn wie er eigenlijk beslist. Is het de behandelaar? Is het de verwijzer? Of is het uiteindelijk de zorgverzekeraar die beslist door inkoop en door dit soort regels te stellen? Mijn vraag is niet beantwoord door de Minister. Ik wil van haar heel duidelijk horen dat de inhoud vooropstaat en dat de zorgverzekeraar volgt.

De heer **Van Wijngaarden** (VVD): Voorzitter. Ik dank de Minister voor haar beantwoording en haar constructieve opstelling. Volgens mij hebben we een goed en evenwichtig debat gevoerd. Ik ben blij dat er nog meer aandacht komt voor de depressiezorg en dat deze volgend jaar op de agenda komt van de 800 FTO-groepen, de overleggen van artsen en apothekers.
Ik kom nog even terug op de digitale informatie-uitwisseling. Ik doelde met name op de uitwisseling tussen de basis-ggz en de gespecialiseerde ggz. Is het de Minister bekend dat hierbij sprake is van een groter probleem dan in de rest van de zorg? Zo ja, welke aandacht krijgt dit?

Voorzitter: Bruins Slot

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Voorzitter. Ik sluit me aan bij de vragen van het CDA over het hoofdlijnenakkoord. De Minister heeft aangegeven dat er een nieuw akkoord moet komen. We zijn klaar met het vorige, omdat het is opgezegd. Hoe staat de Minister hierin? Het akkoord is opgezegd. De afspraken worden dan niet nagekomen. Hoe gaat ze het nieuwe traject in?
Ik dank de Minister voor haar antwoorden over de stigmatisering. Het is belangrijk dat we daaraan veel aandacht blijven besteden, ook met het oog op preventie en extramuralisering. We moeten ervoor zorgen dat mensen in zorg kunnen blijven, dat ze kunnen blijven werken en dat er op de werkvloer begrepen wordt welke ziekte mensen hebben.
Tot slot wil ik nog even terugkomen op de doventolken. De Minister heeft een mooie toezegging gedaan, die ik hier graag wil markeren, namelijk dat de NZa bekijkt hoe de bekostiging op een goede manier geregeld kan worden. De Minister heeft gezegd hierover binnenkort meer te weten. Ik vraag haar om het wat preciezer te definiëren. Omdat het om zo'n kleine groep mensen gaat, gaat het ook om een kleine groep doventolken. Zo'n systeem valt heel snel om als er geen duidelijkheid is over de financiering. Het is van groot belang dat dit systeem van doventolken wel blijft bestaan.

Voorzitter: Pia Dijkstra

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

Minister **Schippers**: Voorzitter. Ik zou nog terugkomen op de termijn van het traject voor ervaringsdeskundigen. Er is een traject gestart, maar het is heel complex. Het duurt dus wat langer. We denken er in de zomer helderheid over te hebben en zullen de Kamer dan informeren.
In het hoofdlijnenakkoord van de ggz stond een set afspraken waaraan alle partijen zich gecommitteerd hadden. Vervolgens hebben verschillende aanbieders een brief en een petitie geschreven, waarmee ze feitelijk de afspraken in de akkoorden hebben afgezegd. Er wordt een set afspraken gemaakt. Men kan dus niet zeggen: aan die afspraak houd ik me wel en aan die niet. We maken de afspraken in het bestuurlijk hoofdlijnenakkoordoverleg. Als men het via brieven en petities doet, zegt men in feite een afspraak, en daarmee dus het akkoord, op. Als men bijvoorbeeld de selectieve inkoop verwerpt, moeten we samen nadenken over de vraag welke inkoop we dan wel willen en of de zorgverzekeraar hiervoor de meest aangewezen instantie is. Met andere woorden: we moeten nu nadenken over de vraag of we wel goed in het systeem zitten. Hierachter zitten een heleboel vragen, die we elkaar moeten stellen en die we moeten beantwoorden. Het is niet goed om door te denderen, omdat er nog allerlei andere afspraken zijn. Dat kan ook helemaal niet. Sommige afspraken komen immers van de ene partij en die hecht daaraan, en sommige afspraken komen van de andere partij en die hecht op haar

beurt daaraan. Als een van de partijen zich niet aan de afspraak van de andere wil houden, valt er natuurlijk wel wat te bespreken.
Mij lijkt het goed om rond de tafel te gaan zitten. Natuurlijk denk ik er zelf ook over na. Mevrouw Dijkstra vraagt wat mijn eigen inzet daarin is. Mijn eigen inzet is de vraag waar de knelpunten zitten. In mijn ogen is de inkoop, feitelijk de Zvw-structuur, een belangrijk aandachtspunt. Een tweede belangrijk aandachtspunt is de transparantie van kwaliteit. Die hoort ook bij de Zvw. Als daarin onvoldoende progressie zit, moet men zich afvragen waarover we het dan moeten hebben. Er zijn onderwerpen waarover partijen elkaar naar mijn mening eens diep in de ogen moeten kijken, om te inventariseren welke beelden daarover bestaan en vervolgens te bekijken of de weg van een hernieuwd hoofdlijnenakkoord de goede weg is. Ik zeg niet dat ik daarvoor regionale visies ga maken. Ik zeg alleen dat het een pas op de plaats is om te bekijken hoe we verder moeten gaan.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik dank de Minister voor haar toelichting. Ik heb nog een vraag om het helder te krijgen. De Minister zegt dat door het handelen van een aantal partijen die het hoofdlijnenakkoord hadden ondertekend, de afspraken in het akkoord zo zijn geschonden dat ze daaruit de conclusie heeft getrokken dat het bestuursakkoord niet meer geldig is. Heeft de Minister deze conclusie op officiële wijze gecommuniceerd met de betreffende partijen?

Minister **Schippers**: Een akkoord sluit je met z'n allen. In een akkoord zit een set afspraken. Als men bij nader inzien een aantal afspraken toch een slecht idee vindt – dat kan, want we leven in een vrije wereld – staat daarmee die set afspraken niet alleen maar onder druk. Als je zeg: dat je het in het mandje hebt gelegd, maar dat het voor jou niet meer hoeft, is dat wat anders dan zeggen dat je niet meer meedoet aan iets wat de andere partij belangrijk vindt. Het hoofdlijnenakkoord is dus de facto ten einde. Ik heb alle partijen volgende week uitgenodigd om samen te bekijken waar we staan, of we met elkaar doorgaan en zo ja, op welke manier.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Betekent dit dat het hoofdlijnenakkoord van de eerste lijn en de medisch-specialistische zorg nog wel geldt?

Minister **Schippers**: Ja.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik wil verder ingaan op het opzeggen van het hoofdlijnenakkoord. Er zijn in het verleden vaker klachten geweest over de uitvoering van het hoofdlijnenakkoord, bijvoorbeeld van zorgaanbieders over de zorginkoop en van zorgverzekeraars die vonden dat het hoofdlijnenakkoord geschonden werd. Iedere keer was dat voor de Minister een reden om aan tafel te gaan, maar geen reden om het akkoord op te zeggen. Nu bepaalde aanbieders hebben gezegd dat ze toch de vrije artsenkeuze willen behouden – daarover gaat het namelijk – zegt de Minister het hoofdlijnenakkoord op, zoals ik het begrijp. Of heeft een andere partij van het hoofdlijnenakkoord gezegd dat het akkoord hiermee vervallen is? Ik hoor graag hoe de Minister het procesmatig heeft aangepakt. Heeft ze zelf geconcludeerd dat het hoofdlijnenakkoord ten einde was, doordat bijvoorbeeld GGZ Nederland de petitie ondertekend heeft of heeft een andere partij deze conclusie getrokken?

Minister **Schippers**: Nee, het is evident. Als je met drie partijen rond de tafel zit en één partij zegt dat ze van gedachten is veranderd over dingen in het akkoord die cruciaal zijn voor de andere partijen, kan dat. In mijn ogen betekent het wel dat de set afspraken dan niet meer geldt. Wie heeft het hoofdlijnenakkoord opgezegd? De aanbieders hebben aangegeven dat

ze niet achter een belangrijk element staan, dat voorwaardelijk is voor het akkoord. Daarmee hebben ze in mijn ogen, en dus niet in de ogen van een andere partij, het akkoord opgezegd. Ik hoef er ook geen vergadering over te beleggen. Het gaat niet over kleine dingetjes. Het gaat over vragen die de Kamer ook essentieel vindt en vaak aandraagt, namelijk of de zorgaanbieder gecontracteerd moet worden door een verzekeraar en op welke manier de contractering moet plaatsvinden. Dit zijn essentiële vragen, waaraan we zomaar voorbij kunnen gaan. Deze vragen moeten we goed bespreken. Daarom heb ik de sector uitgenodigd om hierover volgende week door te praten.

Mevrouw **Leijten** (SP): Nu wordt het helder. De Minister is in dit geval teleurgesteld in GGZ Nederland, omdat die club bij nader inzien heeft gezegd dat het een wijziging van artikel 13 geen goed idee vindt. Daaruit heeft de Minister geconcludeerd dat het bestuursakkoord vervallen is. Dat is procesmatig heel helder. Ik merk hierbij wel op dat ik het gek vind. In het verleden hebben immers verschillende partijen aan de bel getrokken over de uitvoering van het hoofdlijnenakkoord, onder andere over de te snelle beddenafbouw. De Minister heeft toen nooit de conclusie getrokken dat hiermee het akkoord overboord was gegooid. Nu een partij echter van mening verandert over een voor haar belangrijk punt, vervalt het akkoord wel. Dit laat de machtsverhoudingen zien met betrekking tot dit soort akkoorden.

Minister **Schippers**: Voor mij is het geen spelletje zoals je dat speelt op de lagere school: als jij mij drie knikkers geeft en ik krijg er twee terug, ben ik boos. Het gaat om iets dat veel groter is, namelijk het belang van goede zorg. Hoe krijg een patiënt de beste zorg? In zijn belang maak je afspraken. Een van de afspraken is bijvoorbeeld dat je de zorg ambulantiseert of dat de ggz uit de AWBZ gehaald wordt, waardoor de sector op een heel andere manier wordt aangestuurd. De ggz gaat naar de Zvw waarin zorgverzekeraars de zorg via selectieve inkoop realiseren. In dit traject zijn allerlei afspraken gemaakt. Selectieve inkoop is een belangrijke afspraak in het hoofdlijnenakkoord. Natuurlijk zijn er vaker dingen die wat stroef lopen of die anders moeten. Het is gebruikelijk dat die gemeld worden in het hoofdlijnenakkoordoverleg. Vervolgens bekijken we hoe we het overleg vlot kunnen trekken. Dit punt betreft een van de voorwaardelijke afspraken van het hoofdlijnenakkoord. We moeten ons dus afvragen waar we nu staan. Het gaat daarbij niet over emoties of de vraag wie de macht heeft. Het gaat om de vraag wat we van elkaar willen en hoe we dat samen bereiken. Daarvoor moeten we elkaar rustig in de ogen kijken. We moeten ons afvragen of de ingeslagen weg wel de goede is, wat er eventueel moet veranderen en wie welke mening heeft. Het lijkt me goed om daarover een gesprek te hebben en dat hebben we dus volgende week.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks): Je hebt het akkoord en je hebt de praktijk. Die blijft niet wachten op een vervolg op het akkoord. Dit zien we heel concreet bij de beddenafbouw. Mijn zorg is dat de beddenafbouw sneller gaat dan het geboden alternatief, de ambulante zorg die nog georganiseerd moet worden. Om de ambulante zorg goed te kunnen organiseren, moeten de partijen samenwerken. Dat moeten ze in de regio doen en daarvoor moeten ze afspraken maken. Ik krijg signalen van onder andere GGZ Nederland en Federatie Opvang – de Minister vroeg hiernaar – dat patiënten van het kastje naar de muur worden gestuurd en dus geen alternatief krijgen aangeboden. Ik ben het met de Minister eens dat we naar de praktijk moeten kijken en moeten zoeken naar oplossingen. Hoe kunnen we er op de korte termijn voor zorgen dat de mensen die niet meer intramuraal terechtkunnen, goed opgevangen worden? Hoe kunnen

we ervoor zorgen dat de regionale visies zo spoedig mogelijk tot stand komen, wat mij betreft het liefst onder regie van de Minister?

Minister **Schippers**: Even voor de goede orde: dit is de Zvw. Daarin maakt de Minister geen regionale visies. Voor de regio's hebben we zorgverzekeraars die zorg inkopen. Die moeten ervoor zorgen dat de zorg goed is georganiseerd in het gebied waar hun verzekerden wonen. Bovendien hebben ze een zorgplicht. Ik heb aangegeven dat ik navraag ga doen naar de signalen die er blijkbaar wel zijn, maar die ik niet heb gekregen. Op basis van de uitkomsten daarvan bekijk ik of het nodig is dat de toezichthouder – die rol heb ik immers niet – eventueel bijstuurt of ingrijpt. Ik ga het in de goede volgorde doen. Ik heb de Kamer toegezegd dat ik naar aanleiding van haar inbreng de politie, de opvang en de mensen die daadwerkelijk in het veld werken, ga vragen hoe ze de situatie inschatten. Ik bekijk of een en ander eventueel gemakkelijk bij te sturen is of dat er een groot onderliggend probleem bestaat. Dit moeten we eerst doen. Daarna moeten we bekijken hoe we verdergaan. Ondanks het feit dat we de vinger aan de pols houden met onderzoeken en al, is ons niets gebleken. Vandaar ook dat ik de signalen extra goed zal bekijken.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks): De verzekeraars hebben uiteraard een belangrijke rol, maar inmiddels zijn ook de gemeenten verantwoordelijk voor een deel van de ambulante zorg. Het gaat me erom dat de regie van de nieuwe inrichting van dit stelsel bij de Minister ligt. Er zijn nu al signalen dat mensen in de knel komen. Ik waardeer het zeer dat de Minister monitort, maar ik denk dat actie geboden is en dat we niet kunnen wachten op de uitkomsten van nieuwe monitoring die pas op termijn komt. Er is een groep die in de knel zit en deze groep moet nu geholpen worden, want deze mensen kunnen niet langer wachten.

Minister **Schippers**: We praten een beetje langs elkaar heen. Het knelpunt dat nu niet langer kan wachten en opgelost moet worden, signaleren wij niet. Mevrouw Ellemeet vertelt het mij. Naar aanleiding van haar woorden ga ik niet wachten op de volgende monitoring. Die loopt gewoon door. Ik ga tussentijds met de instanties praten die het kunnen weten en mij kunnen aangeven hoe groot het probleem is, waar het precies ligt en hoe we het kunnen oplossen. Ik wacht dus niet op de monitor. Ik onderneem actie. Dat doe ik wel graag op basis van feiten. Ik ga dus eerst zelf de gesprekken aan.
Er zitten grote regionale verschillen in de beddenafbouw. In hoeverre knelt beschikbaarheid met de zorgplicht? Daarop wordt toezicht gehouden, niet alleen door de toezichthouders die dit als hun corebusiness hebben. Door onze vinger-aan-de-polsmonitors kunnen we het ook zien. Als er knelpunten ontstaan, kunnen we vrij snel zien waar die zitten en kan er ingegrepen worden. De zorgverzekeraars geven niet aan dat ze niet aan hun zorgplicht kunnen voldoen. De verzekeraars vormen toch een heel belangrijke partij in dezen, want de zorgplicht ligt bij hen.
Het CDA heeft gevraagd bij welke vormen van zorg omzetplafonds worden gebruikt. Ik heb de indruk dat omzetplafonds voor alle vormen van zorg worden gebruikt. Daaraan zitten ook zeker voordelen. Er is een veel breder aanbod voor de polishouder. Ik zie het niet als een nadelige situatie.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik weet dat omzetplafonds voor alle vormen van zorg worden gebruikt, want ik heb me erin verdiept. Als er toch een analyse door de NZa wordt gedaan, kan de Minister dan specifiek vragen of de NZa bekijkt bij welke vorm van zorg het meest een omzetplafond wordt toegepast? We willen natuurlijk meer ambulante zorg in de ggz. Misschien kan daarmee een relatie gelegd worden. Het is meer een vraag

om dit te laten te onderzoeken dan een vraag waarop ik direct een antwoord van de Minister verwacht.

Minister **Schippers**: Ik aarzel een beetje. Als ik een overleg inga, heb ik al allerlei partijen aan het werk. Als ik er uitkom, heb ik vijf tot tien toezeggingen waardoor nieuwe partijen extra dingen moeten doen. Tegelijkertijd klagen we over enorme administratieve lasten. Als we zo'n onderzoek willen laten doen, moeten alle zorgaanbieders weer vragenlijsten gaan invullen. Laten we gewoon de NZa haar toezichthoudende taak laten oppakken. De NZa heeft de verplichting om te bekijken of de zorgplicht goed wordt ingevuld. We hebben haar al extra gevraagd naar de omzetplafonds te kijken. Daarin wordt de ggz meegenomen. Ik denk dat ik daarmee de zorgen van de Kamer bij de NZa heb neergelegd en geadresseerd.
Er werd gevraagd of de monitor goed is gedaan en of er geen schijn van subjectiviteit in zit. KPMG heeft kwalitatief onderzoek gedaan, bestaande uit een serie interviews en diepgaand onderzoek bij drie focusgroepen. In totaal heeft KPMG 52 personen gesproken. Dit zijn afgevaardigden van de diverse partijen in het ggz-veld. De rapportage beschrijft de rode draad uit de drie focusgroepen en de serie interviews. Het kwalitatieve onderzoek beoogt geen statistisch-wetenschappelijke verantwoording te zijn van alle partijen in de regio. Het betreft een beeld dat gedragen wordt en dus wel degelijk wat zegt. In de focusgroepen ging het erom dat alle deelnemers van de verschillende partijen zich herkenden in een specifieke uitspraak. In mijn ogen is dit een zeer gebruikelijke aanpak voor kwalitatief onderzoek. Dat geldt zowel voor de opzet van het proces als de aantallen deelnemers. Dat is juist de aard van kwalitatief onderzoek. Anders moet je een kwantitatief onderzoek doen. Dat kun je doen door uitgebreide enquêtes met stellingen. We hebben gekozen voor kwalitatief onderzoek, omdat dat verdere diepgang geeft bij de kwantitatieve indicatoren en de mogelijkheid voor het scheppen van een context. Dat is wel wat anders dan een statistisch-wetenschappelijke verantwoording. Alle kwalitatieve uitspraken in deze rapportage, gedaan door aanbieders en patiënten, zijn aangedragen door een of meer personen en zijn herkend in een of meer focusgroepen. Ik denk dat KPMG hiernaar goed onderzoek doet en wil graag dat het op deze weg doorgaat, zodat we vergelijkingen in de tijd kunnen maken.
Het klopt dat de gemeenten de nieuwe partner van ggz-instellingen zijn. We hebben met de beroepsbeoefenaren een grote taak. Eigenlijk moet er met zoveel verschillende lijsten en vragen gestandaardiseerd worden. Ik wil me in eerste instantie daarop focussen. Ik wil het niet zo breed maken dat het weer vertraagt. Het is een klacht die zo vaak gehoord wordt en zo zwaar weegt. Laten we hierin de goede stappen nemen. Dat wil niet zeggen dat het niet goed zou zijn als zorgaanbieders en gemeenten onderling zo'n traject starten. Het traject dat ik wil starten om met de zorgverzekeraars een standaardisatieslag in de richting van de beroepsbeoefenaren te maken, is overigens breder dan de eerstelijns ggz-beroepsbeoefenaren. Het gaat wat mij betreft ook over huisartsen en fysiotherapeuten.
Ik kom op het punt van een oplossing voor 18-min en 18-plus. Er is hierbij altijd sprake van domeinzaken en overhevelingen. Dat is onmiskenbaar zo. Het regime van 18-min is heel anders dan het regime van 18-plus. Daarin kunnen overgangen zitten, ook van hulpverleners. We moeten monitoren of het goed gaat of dat het problemen oplevert. Het is onze taak om bij het begin te bekijken of het systeem werkt zoals we denken en of de overgang goed verloopt. Ik kan de Kamer toezeggen dat we specifiek hiervoor aandacht zullen hebben. Als je wat nieuws doet, moet je altijd alert zijn. Dat zal ik in dezen ook zijn.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks): Het lijkt er nu toch op dat niet de patiënt maar het regime leidend is. Het is goed dat te monitoren. Volgens mij moet vooropstaan dat de patiënt, of die nu 17 of 19 jaar is, ervan uit moet kunnen gaan dat hij de vertrouwensband met zijn zorgverlener kan continueren, ongeacht het regime waaronder de patiënt valt. Monitoren of er problemen ontstaan, is te vrijblijvend. Voor mensen uit deze groep zou je willen garanderen dat ze dezelfde hulpverlener houden, juist omdat een vertrouwensrelatie voor ggz-cliënten zo van belang is. Mijn vraag gaat dus wat verder. Kan de Minister actief onderzoeken welke mogelijkheden er bestaan om de continuïteit van zorgverlener te garanderen?

Minister **Schippers**: Deze stappen zijn juist gezet vanwege het grote aantal hulpverleners dat zich tegelijkertijd bezighield met één jongere: over continuïteit van zorg en overhevelingsmomenten van informatie en zorg gesproken. Daarom hebben we een en ander gestroomlijnd. De overdracht gaat van start, iedereen weet waarmee hij bezig is en dat de zorg leidend is in wat er gedaan wordt. Ik kan me heel goed voorstellen dat er in de praktijk voor wordt gezorgd dat de jongere bij een overdracht zo min mogelijk van hulpverlener hoeft te wisselen. Een wisseling van hulpverlener kan altijd voorkomen, bijvoorbeeld door verhuizing, door pensionering of door systemen. Het kan vanwege allerlei redenen. Juist als je met een nieuw systeem probeert te starten, probeer je waar mogelijk te bewerkstelligen dat er niet van behandelaar gewisseld hoeft te worden. We weten allemaal hoe belangrijk continuïteit is. Laat het systeem nu eerst van start gaan zonder bij voorbaat allerlei eisen te stellen die systeemvreemd zijn. Er is geen sprake van dat het systeem leidend is en niet de mensen. 18-min en 18-plus zaten eerst beiden in de Zvw. De reden voor verandering was juist het grote aantal hulpverleners bij de overdrachtsmomenten. Daarom kunnen we ook van zorgaanbieders en zorgverzekeraars vragen om de zorg in dit systeem zo smoothly mogelijk door te laten lopen. De aanleiding voor deze operatie was immers het scheppen van rust op het vlak van hulpverleners. Dat is inderdaad een belangrijke oproep aan en een belangrijke verantwoordelijkheid voor beide partijen. We moeten het in de gaten houden. Laten we echter eerst bekijken waar de partijen zelf de oplossingen zoeken.
Mevrouw Dik-Faber vindt dat de inzet van de POH-ggz onvoldoende uitleg is voor het achterblijven van de ambulantisering. Ik zeg niet dat het de uitleg is, maar dat ik feiten en signalen heb. Daarvan kan ik nog geen chocolade maken, omdat het daarvoor veel te vroeg is. We moeten erbovenop zitten. Ik zal de Kamer snel informeren als ik informatie heb. De feiten en wat er daadwerkelijk gebeurt, sluiten wat mij betreft niet evident een-op-een aan. Ik heb aangegeven dat ik daarover met het veld zal spreken en de Kamer over de uitkomsten zal informeren. Met «veld» bedoel ik dan niet alleen de zorg, maar alles wat eromheen zit.
Onder andere mevrouw Dijkstra vroeg wanneer de NZa klaar is met het onderzoek naar de zorg voor doven en slechthorenden en wanneer ik daarover kan rapporteren. In februari is er overleg. De NZa moet daarna naar aanleiding van alle verkregen informatie nog een rapport maken. Voor de zomer lijkt me een redelijke termijn.
De ketenzorg is zeker onderdeel van de suïcideagenda. Ik ben het met mevrouw Dik-Faber eens dat de overdrachtsmomenten het kwetsbaarst zijn en dat daarop de focus moet liggen. We sturen informatie naar de Kamer in het reguliere tempo waarover we al afspraken hadden met de Kamer. Op basis daarvan praten we verder.
Mevrouw Leijten heeft een aantal vragen gesteld over de contractering. Ze vraagt of de positie van de zelfstandig gevestigde psychiater nog gegarandeerd is en of die verbeterd kan worden. We moeten in ieder geval bekijken op welke manier we de dialoog tussen de verzekeraar en de beroepsbeoefenaren kunnen verbeteren, omdat die nu tekortschiet. Vorig jaar hebben we hierover een reeks van bijeenkomsten gehad. Ik

spreek nog met een aantal verenigingen van beroepsbeoefenaren over de vraag welke zaken ze kunnen doen, wat ze van elkaar kunnen leren en welke oplossingen er binnen de wet mogelijk zijn.
Met betrekking tot de inhoudelijke onderbouwing van de beddenreductie vind ik dat we voldoende zicht hebben op de ontwikkelingen. Jaren geleden hebben we op basis van de ontwikkelingen, de internationale vergelijking en gesprekken met experts besloten om een programma in te zetten. Het is dan weinig productief om tussentijds iedere keer een stap terug te doen om weer bij het begin uit te komen, namelijk de vraag op basis waarvan we het hele traject hebben ingezet. De monitor geeft bovendien veel informatie over wat er daadwerkelijk gebeurt met de zorg en of die beter wordt ingevuld. Dat lijkt me een breed beleid, waarin we de vinger aan de pols houden. Destijds hebben we op basis van goede argumenten dit traject ingezet.
Er werd gevraagd of de kinderen van ouders die verslaafd zijn in behandeling kunnen worden genomen. Als een kind zelfstandig een aanleiding heeft om te worden behandeld, valt het vanaf dit jaar in het gemeentelijk domein. Daarin zit de jeugdzorg en de ggz. Als het kind of iemand uit de omgeving deel uitmaakt van de behandeling van de volwassene met bijvoorbeeld een psychiatrische aandoening of een verslaving en ondersteuning nodig heeft, valt dit onder de Zvw.
Ik kom bij de digitale informatie-uitwisseling tussen de basis-ggz en de specialistische ggz. We hebben het Informatieberaad. Daarin zitten alle partijen bij elkaar om te bespreken hoe de informatie-uitwisseling en -voorziening kan worden verbeterd. Ik heb geen signalen dat er specifiek ernstiger problemen zijn of andere problemen. Problemen moeten bij dit beraad worden ingebracht, want daar zoeken we naar oplossingen.
De vraag over de doventolken heb ik inmiddels beantwoord.

De **voorzitter**: Ik kom nog even terug op de vraag van mevrouw Leijten over de kinderen van verslaafden. Haar vraag was niet zozeer waaronder ze vallen. Ze gaf aan dat de zorgverzekeraars geen oog voor deze kinderen hebben en dat er eigenlijk geen zorg voor deze groep is, omdat er in de ogen van de verzekeraars nog niets aan de hand is. Kan de Minister hier nog even op ingaan?

Minister **Schippers**: In het systeem vallen deze kinderen onder de Zvw. Als mevrouw Leijten signalen heeft dat er te weinig zorg aan deze kinderen gegeven wordt, kan ik overwegen om eens explicieter hiernaar te bekijken.

Mevrouw **Leijten** (SP): Als de Minister ernaar wil kijken: graag. In het najaar heb ik deze vraag ook gesteld. Het betreft signalen uit de verslavingssector. Men wil bijvoorbeeld kind en ouders behandelen, omdat er sprake is van een binding of omdat het verslaafd geboren kinderen betreft. Er wordt gesteld dat het kind nog geen hulpvraag heeft kunnen ontwikkelen en dat er dus geen behandeling of opname mogelijk is. Waag er eens een telefoontje aan of laat de NZa dat doen. Naar aanleiding van een signaal heb ik diverse verslavingsinstellingen gebeld met de vraag of ze dit probleem herkenden en iedereen zei ja.

De **voorzitter**: Dank u wel, mevrouw Leijten. De Minister heeft het goed begrepen. Het was niet mijn bedoeling om de discussie opnieuw te starten. Ik wilde slechts een duidelijke toelichting.

Minister **Schippers**: Als ik zo'n vraag krijg, geef ik in eerste instantie aan hoe het geregeld is en wiens verantwoordelijkheid het is. Het is dus de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar. Die heeft een zorgplicht. Deze groep kinderen is heel kwetsbaar en behoeft aandacht. Als er aanhoudend een serieuze aanleiding is om dieper op dit punt in te gaan,

zeg ik dat toe. Ik zal het oppakken in het gesprek dat ik sowieso naar aanleiding van een aantal zaken die in dit debat naar voren zijn gekomen, met de zorgverzekeraars heb. Ik zal er zelf ook, zoals mevrouw Leijten zegt, wat belletjes aan wagen. We zullen terugkomen op de informatie die we hebben opgehaald en melden of er verder nog iets nodig is.

De **voorzitter**: Ik dank de Minister voor haar beantwoording in tweede termijn. Ik heb begrepen dat mevrouw Leijten misschien een VAO wilde aanvragen. Blijft dat staan?

Mevrouw **Leijten** (SP): We voeren al jaren een discussie over de beddenreductie. De grond waarop deze wordt ingevoerd is voor ons nog onduidelijk. Ook naar aanleiding van de constateringen van het Zorginstituut dat er eigenlijk geen inhoudelijk onderbouwing is, vind ik dat we de Minister dan maar moeten verzoeken die op zeer korte termijn te maken of te laten maken.

De **voorzitter**: Het is helder dat er dus een VAO zal plaatsvinden. Ik dank de Minister, de leden van de vaste Kamercommissie voor VWS, evenals het publiek en de mensen die wellicht thuis hebben meegekeken. Ik wens eenieder verder een goede middag.

Sluiting 13:40 uur.

Volledige agenda

1. Geïndiceerde preventie bij anorexia
Kamerstuk 29 689, nr. 468 – Brief regering d.d. 05-07-2013
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

2. Aanbieding Trendrapportages GGZ 2012 en GGZ in tabellen 2011
Kamerstuk 25 424, nr. 225 – Brief regering d.d. 28-08-2013
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

3. Beleidsreactie op de onderzoeksresultaten van het thematoezicht naar de ketenzorg rond psychiatrische patiënten met ernstige somatische comorbiditeit
Kamerstuk 25 424, nr. 227 – Brief regering d.d. 3-09-2013
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

4. Beleidsreactie op het rapport Randvoorwaarden voor een monitorende rol door de Stichting PVP
Kamerstuk 25 424, nr. 228 – Brief regering d.d. 5-09-2013
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

5. Advies College bescherming persoonsgegevens (CBP) inzake de vermelding van zorgvraagzwaarte-informatie op ggz-declaraties
Kamerstuk 25 424, nr. 229. – Brief regering d.d. 20–09- 2013
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

6. Kabinetsreactie op advies Gezondheidsraad psychische gezondheid en zorggebruik van migrantenjeugd
Kamerstuk 25 424, nr. 232 – Brief regering d.d. 23-09-2013
Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, M.J. van Rijn

7. Beleidsreactie op het IGZ rapport Naleving van voorwaarden voor zorg aan zorgmijders met ernstige psychiatrische aandoeningen verbeterd
Kamerstuk 25 424, nr. 235 – Brief regering d.d. 19-11-2013
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

8. Aanbieding rapport Landelijke monitor intramurale GGZ: eerste meting – 2012
Kamerstuk 25 424, nr. 238 – Brief regering d.d. 20-12-2013
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

9. Aanbieding van twee rapporten over de geestelijke gezondheidszorg (GGZ)
Kamerstuk 25 424, nr. 239 – Brief regering d.d. 23-01-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

10. Antwoorden op vragen van de commissie over de Regeling zorgvraagzwaarte GGZ
Kamerstuk 25 424, nr. 243. Brief regering d.d. 21-03-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

11 Aanbieding van het samenvattend rapport Uitvoering AWBZ 2012 van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)
Kamerstuk 30 597, nr. 43 – Brief regering d.d.28-04-2014
Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, M.J van Rijn

12. Antwoorden op vragen over de reactie op het bericht dat tweedelijns GGZ zorgaanbieders pas vanaf 1 juli 2014 kosten kunnen declareren voor geboden zorg in 2014 vanwege een falend declaratiesysteem
Kamerstuk 25 424-, nr. 244 – Brief regering d.d.24-04-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

13. Wijze van aanlevering zorgvraagzwaarte curatieve ggz
Kamerstuk 25 424, nr. 249 – Brief regering d.d.11-09-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

14. Aanbieding van zes rapporten over de geestelijke gezondheidszorg (ggz)
Kamerstuk 25 424, nr. 25 – Brief regering d.d. 14-10-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

15. Verlenging indieningstermijn jaarrekeningen ggz-aanbieders
Kamerstuk 25 424, nr. 252 – Brief regering d.d. 21-10-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

16. Reactie op het artikel in de Volkskrant van 1 oktober jongstleden over Post Traumatische Stress Stoornis (PTSS)
Kamerstuk 25 424, nr. 255 – Brief regering d.d. 18-11-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

17. Reactie op verzoek commissie inzake Regeling van Werkzaamheden d.d. 16 oktober 2014 over het bericht «Zelfmoord in de GGZ vaak vermijdbaar
Kamerstuk 25 424, nr. 256 – Brief regering d.d. 18-11-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

18. Marktscan GGZ en rapport cliëntperspectief op hoofdbehandelaarschap en kwaliteit van zorg
Kamerstuk 31 765, nr. 11 – Brief regering 1-12-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

19. Aanbieding Plan van aanpak jaarrekeningen ggz
Kamerstuk 25 424, nr. 257 – Brief regering d.d. 2-12-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

20. Stand van zaken alternatieve wijze van aanlevering zorgvraagzwaarte curatieve ggz
Kamerstuk 25 424, nr. 259 – Brief regering d.d. 16-12-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

21. Aanbieding rapport «Landelijke monitor intramurale GGZ: tweede meting 2013
Kamerstuk 25 424, nr. 261 – Brief regering d.d. 19-01-2015
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

22. Vervolg op de monitor Generalistische Basis GGZ.
Kamerstuk 25 424, nr. 262 – Brief regering d.d. 19-01-2015
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers